

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE FILOSOFÍA
Departamento de Filosofía y Sociedad



TESIS DOCTORAL

**Lazos rotos. De la psicología al psicoanálisis en el tratamiento
de la violencia**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Gabriela Castro Soto

Director

José Miguel Marinas Herreras

Madrid, 2019

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FILOSOFIA
Departamento de Filosofía y Sociedad



Lazos rotos

De la psicología al psicoanálisis en el tratamiento de la violencia sexual

Tesis para optar al grado de doctor
presentada por

María Gabriela Castro Soto

Bajo la dirección de
José Miguel Marinas Herreras

Madrid 2018

*A mis padres y hermanos,
primeros lazos que formaron mis vínculos sociales.*

*Y especialmente a mi hijo Daniel
que los ha hecho posibles desde el amor como algo nuevo.*

AGRADECIMIENTOS

La escritura de este texto es un tejido de sueños y esfuerzos acompañados de la presencia de quienes estuvieron ahí para ayudarme a hacerlos posibles, por ello, agradezco

A mi hijo Daniel por ser testigo de un sueño, por haber aceptado el sacrificio de muchos momentos a su lado, por su presencia constante que me vincula a lo cotidiano, perspectiva desde donde todo lo social emerge.

Al Dr. José Miguel Marinas Herrera por sorprenderme, por invitarme a realizar este trabajo, por compartirme su saber y su amistad, por su escucha, su paciencia y su sensibilidad, así como por todo su valioso apoyo personal y académico sin los cuales no hubiese sido posible este proyecto.

A Mabel Dorin por su tiempo, por su paciente lectura y sus comentarios que desde el psicoanálisis, me ayudaron a reflexionar la clínica y alimentaron mi deseo de transmitir el saber que de ella emerge.

A Ana Hounie, por su interlocución en esta tesis y el diálogo inquieto sobre el psicoanálisis y sus alcances en la epistemología de fronteras, pero sobre todo por su amistad.

A los amigos que aparecieron en mi llegada a Madrid y que me acompañaron en el camino de esta elaboración, porque su cariño y apoyo constante, fueron parte de los ingredientes esenciales en la realización de este trabajo.

Esta tesis nace en México y crece en Madrid, como producto de una reflexión sobre la dura realidad social que deja marcas en la subjetividad, por ello agradezco en especial

A mis padres por su ejemplo y su apoyo constante, por el empuje y el respeto al camino que cada uno de sus hijos andamos.

A cada uno de mis hermanos, que han hecho de su andar congruente en la solidaridad, un ejemplo y me han mostrado la posibilidad del rescate de los lazos comunitarios incluso a través de los síntomas.

A los amigos que antes de partir, me animaron a ser fiel a mi deseo y me empujaron a esta labor, por su cariño, seguimiento y apoyo.

Y a la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por su seguimiento y patrocinio de la presente investigación.

Madrid, octubre de 2018

ÍNDICE

A MODO DE PRÓLOGO:

- 1. Una mirada a los antecedentes: el recorrido previo 1
- 2. La metáfora y sus primeros enlaces4
- 3. De hilos y herramientas.....11

INTRODUCCIÓN.....15

PRIMERA PARTE: El instante de la mirada sobre los lazos sociales..... 25

Capítulo 1: Subjetividad de la época y sus rasgaduras

- 1.1. La sociedad y sus síntomas..... 27
- 1.2. Violencia social, violencia sexual..... 47
- 1.3. Salud y la enfermedad: ¿nudo o desenlace?..... 57
- 1.4. Los remiendos sociales: de psicopatologías y tratamientos..... 68
- 1.5. Cuestionamientos y alternativas: ¿y ahora que hacemos?..... 77

Capítulo 2: Síntomas como hilos que se rompen

- 2.1. Contando historias: ¿qué caso tiene contar un caso?..... 87
- 2.2. Enlaces y desenlaces 96
- 2.3. El dolor de los lazos rotos: violencia sexual..... 127
- 2.4. Un enlace particular: el psicoanálisis y su escucha133

SEGUNDA PARTE: El tiempo de la comprensión y lo constitutivo

del sujeto.....139

Capítulo 3: Sobre el oficio

- 3.1. El oficio de analista.....141
 - a. La formación de los primeros analistas.....141
 - b. Los enredos del proceso: la transferencia y la contratransferencia.....145
 - c. Los nudos sin solución: distintas concepciones de la
Contratransferencia.....156

3.2. De un necesario retorno.....	169
a. Lacan y el retorno a Freud	169
b. Transferencia para Lacan a partir de Freud.....	172
c. La crítica de la contratransferencia en Lacan.....	181

Capítulo 4: Sobre las herramientas

4.1. El telar de la metapsicología.....	191
a. En el origen: trauma, seducción y fantasía	195
b. Metapsicología y estructura psíquica.....	199
c. Freud y su teoría de las pulsiones.....	205
d. Complejo de Edipo y estructuras clínicas.....	210
4.2. Enlaces, nudos e hilvanes: la cuestión del tejido y su estructura.....	221
a. Necesidad, demanda y deseo.....	221
b. RSI: los tres de Lacan.....	226
c. El Otro en la estructuración subjetiva.....	229
d. Real, Simbólico e Imaginario en la clínica psicoanalítica.....	240

Capítulo 5: De aprendiz a tejedor

5.1. El desenredo de la posición del analista.....	251
a. Teoría del deseo en Freud.....	251
b. Teoría del deseo en Lacan.....	256
c. Anudamiento: transferencia y deseo.....	265
5.2. La posición del tejedor: el deseo del analista.	271
a. El deseo del analista en Freud.....	272
b. Deseo del analista en Lacan.....	278
5.3. El tiempo lógico en el proceso del aprendiz.....	285
a. El tiempo lógico en los Escritos de Lacan.....	286
b. El laberinto del proceso psicoanalítico.....	290
c. El tiempo lógico y el deseo del analista.....	296
5.4. Los problemas de la formación.....	301
a. El retorno a la problemática	302
b. Algunas alternativas.....	304

TERCERA PARTE: Momento de concluir. El acto que anuda.....	313
---	------------

Capítulo 6: El nudo del tejedor.

6.1. El acto analítico: nudos ante la realidad social.....	315
6.2. Enlazando los hilos de la violencia sexual desde el.....	324
6.3. El dolor de las fracturas subjetivas.....	335
a. Consideraciones sobre el dolor.....	335
b. Los lazos rotos del incesto.....	340
c. El dolor de los lazos rotos: dos casos de incesto.....	347
c1. Derecho y revés.....	347
c2. Su nombre, mi nombre.....	362
6.4. Nudos que duelen: deseo y goce en los cuerpos violentados.....	385
6.5. El acto del sujeto: el tejido individual y sus enredos.....	390

Capítulo 7: Desenredando y anudando discursos.....397

7.1. Recuentos del ejercicio clínico.....	398
a. Descripción de la situación.....	399
b. Tipos de entrevistados.....	401
c. Contenidos del discurso.....	402
c.1. Los orígenes.....	409
c.2. Los aspectos formativos.....	413
c.3. El abordaje de la sintomatología.....	420
c.4. La duración de los tratamientos.....	424
c.5. El lugar de la cura.....	427
c.6. Los modos de producción.....	435
c.7. El proceso de cambio.....	438
c.8. El trabajo en la institución.....	444
7.2. Hablando de tejidos: estructuras y sus interacciones.....	460
a. Lo de menos: los síntomas y sus enlaces.....	466
b. Lo demás: el deseo y los vínculos sociales.....	469
c. Y en las alternativas, ¿epistemología de fronteras o interdisciplina?.....	471

Conclusiones..... 481

Anexo: Las entrevistas desenredadas..... 491

Psicólogos

- Entrevista 1..... 491
- Entrevista 2..... 518
- Entrevista 3. 533
- Entrevista 4..... 547
- Entrevista 5. 565

Psicoanalistas

- Entrevista 6. 574
- Entrevista 7. 585
- Entrevista 8. 605
- Entrevista 9. 615

Bibliografía..... 629

Resumen

- En castellano. 641
- En inglés. 643

A MODO DE PRÓLOGO

1. Una mirada a los antecedentes: el recorrido previo

Cada tesis es un tejido muy particular, es un recorrido donde se enlazan los hilos de la experiencia propia, los maestros de la vida, los desarrollos académicos y los especialistas consultados que se anudan en una transmisión singular de lo que apasiona, al menos en mi caso. Después de cierto recorrido en la clínica psicoanalítica donde he podido ser testigo de diversidad de malestares, las preguntas surgen como una necesidad de reflexión, sistematización y aprendizaje continuo, ¿qué puede hacerse con los síntomas que surgen de la violencia de nuestra época? Si dichos síntomas no son solo producto de la constitución biológica, sino de un complejo entramado de factores en su surgimiento donde lo individual se entrelaza con lo colectivo ¿a qué están vinculados?, ¿será posible crear nuevos vínculos a partir de ellos?, ¿cuál es la particularidad cultural actual que transparenta la expresión de su malestar?, ¿cuáles son los aportes del psicoanálisis para su tratamiento?, ¿será posible, al menos zurcir algo de sus rasgaduras y hacer nuevos enlaces con ellos?

El interés de este trabajo de investigación está en el enlace de lo individual con lo colectivo en manifestaciones sintomáticas surgidas a partir de eventos específicos, del aspecto psíquico y socio-cultural que contribuye a su origen y que se encuentran entretejidos principalmente con los aspectos psíquicos inconscientes. Hablar de lo inconsciente implica preguntarse sobre la actualidad del psicoanálisis, su eficacia y sus aportes a la investigación de la subjetividad y sus posibilidades como tratamiento para muchos de los síntomas actuales. Por otro lado, también implica preguntarse sobre la formación de quienes escuchan este tipo de síntomas que, sin duda, constituyen un desafío en la actualidad.

La elección del tema tiene que ver con el tiempo, ese que tuvo que transcurrir para que la experiencia permitiera elegirlo, el que fue necesario para acompañar procesos en los que la densidad existencial se vive en los límites de lo soportable, tiempo cuyos enigmas permean las vicisitudes de las experiencias vividas para decantarlo, asimilarlo y aprender de lo vivido. La reflexión y sistematización de lo que se presenta tiene como eje la escucha psicoanalítica de

algunos síntomas derivados de los efectos de la violencia, específicamente de la violencia sexual, que por su naturaleza traumática se hace necesario, igual que en cualquier otra causa de sufrimiento, identificar la posición subjetiva y hacerse cargo de ella.

El dolor y el sufrimiento de diversos síntomas se presentan como un apelativo a la verdad que los subyace y se despliegan en una especie de tiempo totalmente diferente al cronológico. Y es el breve relato con el que Lacan desarrolla lo que llama “el tiempo lógico del inconsciente”¹ el que servirá a la construcción del saber específico que se despliega en los casos de violencia sexual que se abordarán, ya que permea la construcción de la subjetividad y se hace presente siempre de algún modo, en la multiplicidad de historias, en el desarrollo del psicoanálisis, en la formación de los psicoanalistas, en los vínculos de los analizantes y su posición subjetiva: instante de la mirada, tiempo para comprender y momento de concluir, tiempos anudados que en sí mismos, son un presente en el momento en que se dan y en cuyo transcurso intentan tocar algo de su verdad cuando hay un deseo de saber.

Fue ante los síntomas que generan estas experiencias como surgieron las primeras preguntas, aún como psicóloga y analista en formación: ¿por qué parece necesario otro tipo de escucha ante estos síntomas?, ¿qué caracteriza la particularidad de la escucha psicoanalítica?, ¿qué se requiere para acceder a ella? Y resulta que, es la experiencia de los recorridos lo que permite la elección. En la formación psicoanalítica se crea, como muchas veces en la vida, una disposición a recorrer la propia historia y a descubrir aciertos, fracasos y logros, y sin querer desechar ni unos ni otros, surgen más preguntas: ¿cómo entretelar la experiencia tenida?, ¿cómo articular algo de ese saber?, ¿cómo acceder a la posición adecuada en la clínica psicoanalítica? Esas preguntas por el lugar del saber en la clínica psicoanalítica, por el lugar propio del analista, por su ser, su formación y su hacer, por su deseo, su transmisión y su acompañamiento clínico inundaron este recorrido. Y en particular, el propio recorrido inicia dentro de una familia católica con fuerte relación con los jesuitas en México, contexto que contribuyó a la generación de los emblemas familiares recibidos y que tuvieron

¹ Lacan, J. (1998) “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma” en *Escritos 1*. México: Siglo XXI Editores, p.195.

que ver con la realidad social, el contacto con la gente de pueblo, con indígenas y ambientes populares, impregnaron el propio camino de preguntas en torno a la problemática social y me dispusieron a entrar en contacto con el saber de lo social en el contexto histórico y cultural de mi país, de mi época y de los muchos lugares habitados. Estos momentos se vieron atravesados por sucesos históricos que hicieron crisis sociales: capitalismo, neoliberalismo, caída del comunismo, guerras, mercado, globalización, revolución tecnológica, etc., y que trajeron en el mundo entero, grandes desigualdades y enormes brechas sociales que no dejaron de cuestionar los trayectos andados y las veredas por recorrer.

La pregunta sobre el tipo de formación necesaria que tomara en cuenta ese anudamiento de lo individual con lo social y vinculara lo aprendido con el deseo de saber, me encaminó en la psicología, intuición expresada desde que tenía unos doce años de edad y luego olvidada, así que luego de otros intentos y cavilaciones decidí ingresar en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) cuyas primeras incursiones estuvieron llenas de retos, como estudiar y trabajar al mismo tiempo y hacer la licenciatura en sistema abierto, lo que me puso en contacto con la necesidad de una disciplina que mantuviera mi deseo, con el propio ritmo en el anhelo, las preguntas y la búsqueda de respuestas. Tampoco era que pudiese estar quieta mucho tiempo, el movimiento hacia el lugar y el espacio apropiado para crear lazos, confrontaba mi deseo con mis límites y los retaba a cada paso como si pudieran llegar a no existir, y entonces claro, esto me llevó a la experiencia del psicoanálisis. La pregunta por el lugar de la psicología clínica en el campo social era como un aguijón constante que me confrontaba, la experiencia analítica y el inicio de la práctica clínica, me hizo aventurarme en el ejercicio de otro tipo de escucha dentro de los burdos márgenes de la problemática social, hizo surgir la pregunta por el sujeto en las situaciones límite de su existencia.

Las prácticas clínicas iniciales fueron dentro de la institución psiquiátrica y dentro de los organismos no gubernamentales y, fue en éstos últimos donde encontré pistas para mis preguntas en aquellas realidades donde el sujeto ve comprometida su intimidad e integridad como en los casos la violencia sexual, realidad desafortunada y frecuente en la inmensa Ciudad de México.

2. La metáfora y sus primeros enlaces

La realidad social y sus problemáticas, en particular las violentas, que atentan contra la dignidad y la intimidad, fueron uno de los primeros contactos clínicos, experiencia difícil, donde el impacto de las historias desgarradoras que llegan a crear, afianzar y perpetuar posiciones subjetivas de alcance social hicieron surgir más preguntas, principalmente en dos direcciones, la primera hacia el cuestionamiento sobre la posición subjetiva ante estas realidades y el modo particular de afrontar los enigmas de la existencia; la segunda se enlazó con la pregunta por la posición de quien escucha, por su formación, por su acompañamiento e intervención, cuestionamientos que iban más allá de las técnicas para “superar” los eventos traumáticos y lograr una readaptación –que en sí, no es poca cosa–, sino hacia una transmisión que condujera a un movimiento de la subjetividad desde la raíz de los acontecimientos vividos y las posiciones elegidas. Y en ese planteamiento se inició la siembra, sin saber si algo se iba a producir, andando los vericuetos y escollos de lo que parecía un laberinto nada fácil de transitar y cuyo aprendizaje dejó su huella. Una vez iniciada la experiencia analítica, la pregunta seguía abierta: ¿por qué desde el psicoanálisis?, ¿cómo trabajar desde ahí en este tipo de realidades sociales?, ¿podría tener algún impacto social a través de la práctica clínica psicoanalítica?

Tenía que haber algún lazo, uno que permitiera incidir en la posición subjetiva y que tuviera efectos en la realidad. Intentar hilar el “adentro con el afuera” fue la inquietud detrás de ésta elección, entretejer lo personal con lo social, lo interior con lo exterior, lo íntimo con lo extraño, las razones profundas entretejidas con la realidad social y viceversa, como luego diría Lacan lo *éxtimo*² como en Banda de Moebius o en la botella de Klein³, donde no se da lo uno sin lo

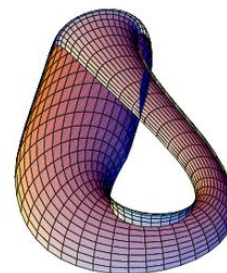
² Lacan creó el neologismo de *éxtimo* utilizando el prefijo *ex* a la palabra intimidad, para expresar el modo como el psicoanálisis problematiza lo interno y lo externo, para situar lo exterior como interior y explicar la sensación de ser extraños para nosotros mismos desde lo más íntimo, esa relación de pasaje dentro-fuera, contenedor y contenido. Lo *éxtimo* como lo más interior, sin dejar de ser externo al mismo tiempo. Lo trabaja ampliamente en 1960 en su seminario sobre la ética del psicoanálisis.

³ La *botella de Klein*, descrita por el matemático Felix Klein en 1882 y la *Banda de Möbius* descubierta por el matemático alemán August Ferdinand Moebius. Ambas figuras sin interior ni exterior, utilizadas por Lacan para dar cuenta de lo *éxtimo*, lo exterior que está en continuidad con lo interior. Con estas figuras enfatiza la idea freudiana de lo inconsciente, no como algo que es “subyacente” a la consciencia, sino como dos dimensiones en relación, en continuidad exterior-interior, y para demostrarlo incorpora estos objetos topológicos.

otro, sino en continuidad. Había ahí un saber aún no localizado, solo vivido como una tensión interna y externa al mismo tiempo en el propio recorrido.



Banda de Moebius



Botella de Klein

La experiencia clínica con los efectos de la violencia sexual me hizo mirar la realidad de otro modo, donde cada sujeto puede dar cuenta de su propia posición frente a la realidad que vive y donde intervenir, no significa necesariamente trabajar bajo las leyes de la eficacia o con objetivos de adaptación social, sino bajo otra lógica, sembrando una trasmisión donde la subjetividad “se cuele por todos lados” y es el sujeto quien decide, donde no hay garantía, ni certeza de resultados y donde la incertidumbre foguea la tolerancia a la frustración de quien escucha, con la confianza de que el fruto, como efecto de esa escucha particular, llegará después. El abordaje de esta problemática siempre se realizó al amparo del análisis personal y después de un tiempo de ejercicio clínico en este campo, fue preciso un tiempo descanso y decantación de estas realidades abrumadoras que llegué a pensar haberlas dejado en el olvido de mi clínica. Pero ha llegado el momento para la reflexión y sistematización de esta experiencia.

En este proceso de acompañamiento de casos de violencia sexual, la preocupación inicial iba unida a la posición de quien escucha, su formación y su intervención, una inquietud que radicó en la propia necesidad de clarificar mi posición frente a ellos sin ignorar la responsabilidad ética que conlleva. Esta inquietud por la implicación subjetiva de quien atiende estuvo presente en la elaboración de la primera tesis de grado donde se ponía en juego la inquietud de saber sobre la transferencia y la contratransferencia en la labor de la escucha analítica⁴. Se realizaron estas revisiones conceptuales en Freud y en las escuelas

⁴ Castro, G. “La contratransferencia en las escuelas psicoanalíticas post-freudianas”. Tesis de Grado. Licenciatura en Psicología Clínica, UNAM, México, 2003.

psicoanalíticas postfreudianas sobre el problema de la contratransferencia del analista.

La experiencia de psicoterapia personal, el estudio del psicoanálisis y el cambio a un psicoanálisis en la formación psicoanalítica, permitió identificar las diferencias, simplemente se escucha distinto desde la psicoterapia que desde el psicoanálisis, ¿qué posición era esa? Ésta pregunta marcó mi formación psicoanalítica e inspiró la elaboración de la tesis de la maestría⁵, donde la experiencia del análisis y el cambio en la escucha de sujetos con historias llenas de angustia, permitió la investigación sobre el papel del analista para que haya análisis: su presencia, su transferencia con el psicoanálisis y su propio análisis que abre el camino a la posición del deseo del analista y que determina la conducción de la cura. Este trayecto en la clínica se dio en varias instituciones y en la consulta privada durante poco más de diez años: trabajo con personas agredidas sexualmente, con padres de familia, con estudiantes y con familias de obreros donde las circunstancias sociales constituían un factor primordial en el desenlace de sus síntomas.

Con la experiencia clínica de esos años y la incursión en la docencia en los años siguientes, se llegó a enriquecer mi transferencia con el psicoanálisis, ya que el contacto con las inquietudes de los estudiantes constituyó un reto diferente de transmisión. La transmisión en el aula, distinta de la transmisión en el diván que constituye el acto psicoanalítico⁶ en la dirección de la cura, también revelaba un acto de transmisión donde la conducción de las angustias y las inquietudes también se toman su tiempo, es decir que en ambos espacios se formula la construcción del saber pero de distinta manera.

El contacto con los estudiantes de psicología, reviven las preguntas de entonces, ¿quién dice qué?, ¿por qué?, ¿qué diferencias? El conocimiento generado desde las distintas teorías, provocaba reacciones diversas y tensiones entre la elección de un marco teórico, el saber hacer y la posición en la clínica, amén de la ética implicada. Estas consideraciones no se dieron sin angustia,

⁵ Castro, G. "El laberinto a la posición del analista. De la contratransferencia al deseo del analista" Tesis de Maestría. Centro de Investigaciones y Estudios Psicoanalíticos (CIEP), México, 2008.

⁶ Lacan introduce el concepto de acto analítico en el Seminario 14 "La lógica del fantasma" (1966-1967) para indicar el modo cuidadoso de proceder de todo analista ante la emergencia del fantasma inconsciente en la posición subjetiva.

rozaron la subjetividad del estudiante que, como futuro psicólogo se enfrentaría a la falta de garantías y la necesidad de enmarcar su acción, angustias e inseguridades que generarían posibilidades para la producción de un saber abierto y comprometido con la subjetividad de la época donde desplegarían su ejercicio clínico. En este campo docente como modo de transmisión, asomaron las miradas expectantes de los alumnos, unas con deseo de aprender y otras con retos provocativos hacia la teoría psicoanalítica, cuyas preguntas en ambos casos fueron como un campo fértil y la promesa de unos hilos a ser tejidos, facilitaron el recorrido por los inicios del psicoanálisis, su objeto de estudio, su método y evolución que, además de un conocimiento teórico, constituyó para los alumnos un aprendizaje significativo a través de ejemplos de su propia experiencia que los invitaban a saber más de sí mismos, sobretudo en el abordaje del papel de la sexualidad en la constitución de la subjetividad, donde aparecieron múltiples preguntas que hacían aparecer un saber no detectado y un deseo de saber más en un análisis personal, no solo de los interesados previamente en el psicoanálisis, sino también en aquellos que defendían la práctica de la psicología desde el campo de la conciencia y de las neurociencias.

El abordaje de la historia de la psicopatología permitió el enlace de Freud a Lacan en el conocimiento de las estructuras freudianas para el entendimiento psíquico y la estructura del sujeto en el lenguaje a partir de lo social y, todo en una secuencia en espiral, donde no hay cortes sino continuidades, donde las primeras razones de Freud se encontraron también en sus últimos trabajos que se enlazaron con la realidad social de su tiempo y las manifestaciones del inconsciente en la cultura aún vigentes en la actualidad, para continuar con las elaboraciones de Lacan que enriquecieron la perspectiva socio-cultural del deseo, tan interior como exterior, en un enlace evidente. Es así que el complejo entramado de lo individual y lo social hizo saltar la pregunta sobre el papel del psicoanálisis en la actualidad y sus cuestionamientos a la psicopatología actual y sus clasificaciones.

Y luego de todo esto, ¿cómo hacer sencillo lo que aparece tan complicado? ¿Es posible describir el psicoanálisis de un modo más simple?, preguntas de los estudiantes, “maestra, y después de todo lo que nos ha transmitido, ¿cómo define el psicoanálisis en pocas palabras?”. Sí, me pusieron en un aprieto ¿cómo simplificar lo construido con ellos? y cuando me hice esa pregunta solo atiné a

decirles: “el psicoanálisis es como un telar artesanal, donde se tejen el amor, el deseo y los síntomas como sus vicisitudes, donde se producen deshilados, formas, enlaces, nudos y coloridos originales, trabaja las rasgaduras y los hilos sueltos, y donde los conceptos solo son parte de las instrucciones para tejer...” Luego de esa clase, me quedé pensando en las raíces del surgimiento de esa metáfora y pasaron por mi mente todos los recuerdos respecto del acto de tejer: mi abuela enseñándome a tejer, mis primeros tejidos, el camino recorrido con las mujeres oaxaqueñas que viven de tejer, y la nostalgia llegó queriendo tapar el vacío de lo que ya no es. Mis recuerdos se entretejieron con canciones de Silvio Rodríguez: “... trazo versiones que capturo del olvido, por eso canto, arena, roca que luego es multitud del agua buena, canto espuma, cresta que cuando logra ser ya no es ninguna...”⁷ y creo que fue así como asocié el tejido y el deseo, el deseo como tejido que se enlaza a cada paso.

Afortunadamente, los estudiantes no se conformaron, preguntaron por la vigencia actual del psicoanálisis, su utilidad en sus primeras prácticas y su enlace con ese campo de las competencias que rige hoy en día los sistemas educativos, al menos en México, a fin de lograr un aprendizaje significativo y situado según pretenden. Así pudieron contrastar las distintas visiones de la psicopatología actual, su enlace con los síntomas como producto del malestar en la cultura, que ya Freud detectó en su tiempo como origen de los mismos, a fin de cuestionarse más sobre la dimensión subjetiva implicada y su relación con el Otro⁸ como posibilidad de lazo social y no solo en las características del síntoma y su posible disolución.

Ante estas perspectivas, era de esperarse que se cuestionaran sobre su papel como futuros psicólogos: ¿desde qué teoría?, ¿cómo elegir en la práctica? Y estos cuestionamientos llevaron a discusiones sobre la riqueza de las diferencias, que han de ser tratadas como lo que son, riqueza que posibilita el diálogo y no amenaza que destruye las posibilidades de vínculos subjetivos y profesionales. Las preguntas por la transmisión del psicoanálisis siempre eran

⁷ Silvio Rodríguez (1986) *Canto arena* del álbum de música 'Causas y azares': <https://www.youtube.com/watch?v=kZEqc7GxHhY>

⁸ Lacan denomina Otro a la alteridad radical, ese más allá del compañero imaginario, lo que, anterior y exterior al sujeto, lo determina a pesar de todo. “Lacan equipara esta alteridad radical con el lenguaje y la ley, de modo que el gran Otro está inscrito en el orden de lo simbólico...” Cfr. Evans, Diccionario Introdutorio de Psicoanálisis Lacaniano, 1997.

dirigidas al “¿y usted como le hace?” donde la avidez de ejemplos concretos de la clínica permitía al estudiante reconocer los sufrimientos de quien consulta, mirar los propios y cuestionarse sobre sí mismos.

Con estas reflexiones, se introduce a los diversos factores que influyen un mismo fenómeno sintomático y en el cual es necesario intervenir. Existe una petición explícita de hacerlo en la realidad del sujeto que sufre, pero... ¿desde dónde? Aquí se asoma la complejidad de un mismo acontecer que, visto desde una sola perspectiva, limita su campo de comprensión y de acción. Analizar los fenómenos desde distintos puntos de vista, desde distintos abordajes, nos introduce en las complejas relaciones entre las disciplinas que nos conducen al planteamiento de la interdisciplinariedad, como alternativa y diálogo: “Cuando un discurso se erige en fundamento de lo real, cierra las puertas al diálogo, al cambio, a la evolución y las abre a la muerte”⁹.

De este modo, se abre el paso a una epistemología de fronteras donde el uso de las metáforas fue de gran ayuda para el aprendizaje. Una de ellas fue: “es como estar en una fiesta en medio de la diferencia, en todos los sentidos, desde las vestimentas, las preferencias en la bebida y el lugar donde nos acomodamos que da una perspectiva particular de la realidad vivida, distinta de estar en otra parte del mismo lugar, léase barra, silla, mesa, sillón o pista de baile, visión que puede ser dialogada con el de la otra esquina, pero imposible estar en dos lugares al mismo tiempo. La elección del psicólogo es como “la elección de su lugar en la fiesta”, tendrá que ver con la propia concepción de ser humano, la propia posición subjetiva y la propia orientación en la vida, y que sin defenderla como única perspectiva posible, abra el diálogo con los que están en posiciones diferentes”¹⁰. De ahí la necesidad de trabajar con uno mismo como vía para descubrir “el propio lugar” desde el cual mirar, acomodarse, teorizar e intervenir y crear vínculos dialogando con otras posiciones en la vida misma.

De este modo, aprendieron a ubicar la importancia de vincular sus experiencias, sus conocimientos en los distintos cursos de su carrera como piezas que se articulan entre sí, donde ninguna se basta a sí misma ni lo explica

⁹ Najmanovich, D. (2008) *Interdisciplina: riesgos y beneficios del arte dialógico. Mirar con otros ojos*. Nuevos paradigmas en la ciencia y el pensamiento complejo. Buenos Aires.

¹⁰ Metáfora propia utilizada en clase para apoyar la importancia del diálogo, la riqueza de las diferencias y la complejidad del fenómeno humano.

todo, sino que se da un engranaje que se complementa con las demás, donde unos hilos se entretajan con otros y se utilizan mutuamente para la construcción del conocimiento, para lograr una intervención profesional no desvinculada de la cultura de su época.

Estos relatos los incluyo como una experiencia de varios años que fueron inmensamente disfrutados. En la preocupación por la formación de los y las nuevas psicólogas, se fueron enlazando las preguntas, las sorpresas, las discusiones, las tareas mutuas en la investigación, el diálogo y la sistematización de un saber que se iba produciendo en conjunto y de la mano de Freud y Lacan, sembraron otra semilla en mí, el anhelo de hacer accesible el saber del psicoanálisis, de desenredar los complicados nudos de sus hilos para volverlos a tejer, uno a uno, de acompañar desde el principio a quien nada sabe de psicoanálisis y, sin embargo, lo trae impregnado en sus inquietudes de saber y al fin, en su deseo.

Del enlace de experiencias derivadas del análisis personal, clínica y docencia, se diferenciaron posiciones discursivas en actos diferentes que, tejidos en el tiempo, hacen surgir la necesidad de construir un nuevo saber que los reúna desde el recorrido propio. El inicio de la sistematización de la experiencia clínica se hizo patente en algunos de mis artículos ¹¹ que intentaron explicar un fragmento de la realidad social, su malestar cultural y la emergencia de nuevos síntomas en la actualidad, dejando abiertas las puertas a la reflexión permanente. Estos plasmaron algo de la violencia social que toca el entorno común y que afecta la subjetividad en su constitución, esa que se origina desde la experiencia de la sexualidad humana y que permite reflexionar sobre los síntomas que emergen desde el malestar cultural cuestionando el lugar del analista, el ejercicio de la clínica actual, la vigencia del psicoanálisis y su impacto social.

¹¹ Castro, M.G. (2011) "La interdisciplinariedad en la atención a los casos de violencia sexual" y "El malestar social y sus síntomas. Desafíos para la clínica actual" (2014) ambos publicados conjuntamente en la Revista de Psicoterapia, con el Instituto Tecnológico y de Estudios de Occidente (ITESO) de Guadalajara, Jal., y la Universidad Iberoamericana, de Puebla, Pue., y León, Gto. México. ISBN de colección 978-607-7808-76-3

3. De hilos y herramientas

El primer abordaje psicoanalítico sobre la violencia sexual, fue realizado por Freud en su consideración del *trauma* como origen de las neurosis histéricas. Las pacientes tratadas narraban escenas de *seducción* en la primera infancia que no necesariamente eran hechos reales, sino fantaseados por ellas mismas, cuya represión provocaba los síntomas que las aquejaban. En la consideración de estos hechos, Freud inicia el estudio sobre la sexualidad infantil de donde emergen conceptos tales como pulsión, complejo de Edipo, represión, aparato psíquico entre otros, y publica en 1905 “Tres ensayos sobre teoría sexual” que causó revuelo en la sociedad médica de su tiempo. Más tarde, el enlace del psicoanálisis con la realidad social se inicia con Freud mismo y su experiencia de dos Guerras Mundiales. Sus escritos, “El malestar en la cultura”, “Psicología de las masas y análisis del yo”, “El porvenir de una ilusión”, “¿Por qué no la guerra?” y, “Moisés y la religión monoteísta” que, entre otros, le permitieron analizar la complejidad de la psique humana y su relación con lo social afirmando que: “por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social”.¹²

Como producto de todas estas reflexiones freudianas, el psicoanálisis se ha ido abriendo a dialogar con otras disciplinas y a enriquecerse con los aportes de la filosofía, la sociología y la antropología al respecto de este fenómeno. Dentro del campo de la psicología se han realizado estudios sobre las incidencias de la violencia sexual y su tratamiento terapéutico, sobrevalorando la victimización y la re-adaptación funcional de quienes han sufrido alguna agresión sexual.

Por su parte, los aportes de la ciencia médica sobre los efectos de la violencia sexual, abordan los síntomas corporales debido a los daños sufridos. Del mismo modo, la psiquiatría rastrea los comportamientos anómalos que derivan en trastornos de la personalidad, episodios psicóticos o trastornos de la sexualidad, cuyos síntomas son descritos en su “Manual de investigación y diagnóstico de las enfermedades mentales” (DSM) vigente al tiempo del tratamiento que es farmacológico.

¹² Freud, S. (1921) “Psicología de las masas y análisis del yo” en Obras Completas, Vol. XVIII, p. 67. Amorrortu Ediciones: Buenos Aires.

Debido a la violencia sexual, en algunos países se han creado instituciones y políticas públicas para su tratamiento, generalmente, y en el mejor de los casos, se han realizado aportes de un modo multidisciplinar. La medicina hace su aporte sobre los daños físicos; la psiquiatría sobre los efectos en la personalidad, con su diagnóstico y tratamiento farmacológico de ser necesario; el derecho sobre el asesoramiento legal pertinente en caso de denuncia, y la psicología con su tratamiento terapéutico para la re-adaptación funcional. La particularidad del psicoanálisis respecto al tratamiento de la violencia sexual, se centra en los aspectos inconscientes que permiten dilucidar la posición subjetiva frente a la agresión y la responsabilidad por ella, llegando por añadidura a la recuperación del funcionamiento social del sujeto que ha vivido violencia sexual. Esto ha sido un punto de interés común en muchas investigaciones:

El reconocimiento de la importancia de la palabra en la organización de la subjetividad llevó a Freud a elaborar desde esta perspectiva una explicación del funcionamiento de los procesos inconscientes, advirtiendo los alcances que sus descubrimientos tenían sobre otros campos del quehacer humano. La incómoda verdad empezó a expandirse; uno puede estar determinado por vivencias propias que desconoce y de las que nada quiere saber, y todo ello sin tener conocimiento de que esto ocurre. Esa zona oscura compartida por los procesos que dan origen a los síntomas, al sufrimiento pasó a convertirse en uno de los grandes interrogantes acerca de la responsabilidad que cada ser humano tiene sobre lo que le acontece, ¿hasta dónde uno es autor de sus pensamientos y sus actos aun cuando no sea consciente de ellos? Y como contraste, se puede pensar también que en algunas circunstancias uno es menos autor de lo que supone.¹³

El entramado social de la violencia siempre ha sido de la incumbencia del psicoanálisis, debido a que la alteridad subjetiva conlleva la relación del sujeto con los otros, con el lenguaje, donde se juega el cruce de la capacidad de generar tanto opciones de vida, como de autodestrucción. La generalización del malestar cultural y la aceptación del deterioro paulatino del bienestar social constituyen una fuente importante de nuevos síntomas, donde los aspectos psíquicos

¹³ Novoa, V. (2009) *Psicoanálisis y Escritura: reflexiones sobre el cuestionamiento del sujeto*. Tesis Doctoral De Psicología. Universidad Autónoma De Madrid

inconscientes se entrelazan produciendo posiciones subjetivas que los refuerzan como expresión de lazo social.

El presente trabajo de investigación se desarrolla en base a: hipótesis, objetivos y metodología de la investigación.

Hipótesis: la violencia sexual refleja el entramado de lo pulsional con el malestar cultural de la actualidad. La realidad de la violencia social genera a su vez violencia sexual y la intensidad de los síntomas surgidos como sus efectos, depende del enlace del contexto social con la posición subjetiva de quien los sufre.

Objetivo general. Investigar, a través del análisis de casos clínicos y su contexto, como se enlaza lo íntimo con lo social provocando diversos síntomas derivados de la violencia sexual, del incesto en particular, como expresión de los lazos rotos que afectan la constitución subjetiva y alteran, incluso, lazos de parentesco con consecuencias sociales.

Los *objetivos específicos* se anudan a los momentos del tiempo lógico:

1. Mirar y contextualizar el abordaje institucional de la violencia sexual, el des-enlace del psicoanálisis respecto de la psicología en el tratamiento y sus contribuciones sobre la constitución subjetiva y el saber contenido en los síntomas.
2. Comprender y explicar: a) el proceso de la formación del analista y su posición en la escucha; b) los antecedentes psíquicos y las consecuencias sintomáticas presentes en la violencia sexual; d) la posibilidad de cambio en la posición subjetiva generada y e) las herramientas conceptuales que derivan en propuestas de anudamientos teóricos y enlaces necesarios para la dirección de la cura.
3. Concluir el trabajo de investigación desplegando la naturaleza del acto analítico ante la realidad social, teniendo en cuenta el saber que emerge casos clínicos y la experiencia tanto de psicólogas y psicólogos como de los analistas que los atienden.

La *metodología* seguida en la investigación también gira en torno a los tres tiempos del aserto que, según Lacan¹⁴, se derivan de una lógica que rige el saber del inconsciente que promueve el psicoanálisis:

1. El *instante de la mirada* sobre la realidad social, a los síntomas generados en el contexto de la violencia sexual y los aportes del psicoanálisis ante los tratamientos de la psicopatología actual.
2. El *tiempo de la comprensión* sobre la posición del psicoanalista en la dirección de la cura, el dispositivo del análisis y la articulación del saber a cerca de los casos clínicos, así como las herramientas teóricas del psicoanálisis cuya interrelación anuda conceptos que favorecen la explicación de los procesos clínicos presentados.
3. El *momento de concluir*, considerando el enlace del acto analítico con los vínculos reconstituyentes del lazo social.

La presente investigación aborda aspectos, tanto del tratamiento institucional desde la psicología sobre el problema de la violencia sexual, como el paso al psicoanalítico que contribuye al saber construido a partir de casos clínicos que lo sustentan y la consideración de aportes teóricos útiles en la formación de los profesionales que atienden este tipo de casos.

Debido a que los destinatarios del presente trabajo son estudiantes y profesionales de otras disciplinas, la redacción se desarrolla de un modo sencillo para su comprensión. Asimismo, se ha estructurado en torno al tejido como metáfora de construcción del saber en el enlace entre lo psíquico y lo social.

La investigación resalta como palabras clave: síntomas actuales, violencia sexual, incesto, dolor, deseo, goce, tiempo del sujeto, formación y lugar del analista, psicopatología y clínica psicoanalítica en la violencia sexual, psicoanálisis y malestar cultural, actualidad del psicoanálisis.

¹⁴ Lacan, J. (1966) “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada”, *Op.Cit.*

INTRODUCCIÓN

El arte de tejer y sus tiempos: sobre la escritura de esta tesis

El saber en psicoanálisis, del mismo modo que en otras disciplinas, se construye y se transmite de modo personal y también de modo colectivo. Es un proceso en el que la transmisión se logra en la medida que la transferencia con el psicoanálisis y a partir de la experiencia del mismo, va forjando una pasión única que lo hace posible, si, semejante a la pasión por un arte en particular, un arte que se vive y se practica de manera continuada. De este modo, podríamos equiparar el proceso de construcción del saber en psicoanálisis a un arte en el que la invención juega un papel importante.

Un arte generalmente tiene una finalidad estética y comunicativa, donde el ser humano puede plasmar su manera de ver el mundo, su concepción de la vida y sus emociones y sentimientos en torno a ello. Como parte de la cultura, puede verse influenciado por el pensamiento de la época en la que se desarrolla, por factores económicos y sociales de la misma y, aunque puede ser un término discutido, se aplica también a aquello que designa cualquier actividad humana hecha con esmero y dedicación, llegando incluso a ser sinónimo de capacidad, habilidad, talento y/o experiencia en lo que se realiza.

Ahora bien, si no hay un acuerdo unánime en su definición, sí la hay en las ideas de expresividad, esfuerzo y dedicación que implica su desarrollo. De este modo, puede diferenciarse también el arte de la artesanía como un producto específico que no tiene igual, que en cada elaboración, la originalidad, la espontaneidad y la pericia se mezclan para lograr un objeto único e irrepetible, pero si estos elementos también están presentes en una obra de arte, bien podríamos preguntar ¿qué diferencia una obra de arte de una artesanía? La Unesco ha intervenido en la definición de artesanía, para decir que:

"Los productos artesanales son los producidos por artesanos, ya sea totalmente a mano, o con la ayuda de herramientas manuales o incluso de medios mecánicos, siempre que la contribución manual directa del artesano siga siendo el componente más importante del producto acabado. Se producen

sin limitación por lo que se refiere a la cantidad y utilizando materias primas procedentes de recursos sostenibles. La naturaleza especial de los productos artesanales se basa en sus características distintivas, que pueden ser utilitarias, estéticas, artísticas, creativas, vinculadas a la cultura, decorativas, funcionales, tradicionales, simbólicas y significativas religiosa y socialmente."¹⁵



Es aquí donde entran generalmente aquellas elaboraciones específicas de culturas minoritarias, donde la maquinaria industrial no interviene y donde los productos son únicos. Sin embargo, al ser llamados artesanía por ser productos locales por sus procedimientos de elaboración y porque no siempre traspasan

sus fronteras, constituyen un arte por sus implicaciones en la expresividad, el esfuerzo y la dedicación mencionada para el arte mismo.

Dentro de estos productos llamados artesanías están, la múltiple variedad de tejidos, donde las fibras, los colores, la expresividad cultural y personal del artesano se enlazan de una manera particular. Si es una artesanía, requiere de un arte en el sentido de saber fluir con las técnicas, las emociones, los símbolos culturales y la espontaneidad expresiva en cada producto. Así, el arte de tejer, requiere de instrumentos, capacitación y habilidades específicas para sus producciones artesanales que son únicas.

A lo largo de la historia, el arte, ha constituido una de las formas más sublimes de la expresión humana, donde se condensan enigmas sobre la existencia y diversas perspectivas para abordarlos. Y, junto al arte como expresión ha habido infinidad de mitos articulados como un sistema de creencias de una cultura o comunidad y que tienen la finalidad de dar sentido y explicar realidades para las cuales el ser humano no ha alcanzado con el raciocinio y sus elaboraciones, una respuesta. Misterios o realidades sin respuesta han hecho surgir en las diversas culturas los mitos de la creación del mundo, en los que se

¹⁵ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura:
<http://www.unesco.org/new/es/culture/themes/creativity/creative-industries/crafts-and-design/>

utilizan diversas analogías para darle un sentido aun cuando no se pueda explicarlo racionalmente.

Los mitos –y en particular los mitos griegos– son respuestas a las cuestiones que han inquietado desde siempre a los seres humanos. En la actualidad siguen formando parte de la tradición de Occidente, posibilitan una reflexión sobre los mecanismos simbólicos de construcción de la realidad, autoconocimiento y autopercepción, pues “aún nos dicen algo profundo y enigmático sobre nosotros mismos”.¹⁶ La perspectiva del tiempo es desde siempre, uno de estos grandes enigmas debido a la finitud de los seres vivos cuyo paso por la vida se ha visto siempre como un “recorrido” desde el nacimiento hasta la muerte, dimensión lineal de la temporalidad en este mundo que ofrece posibilidades y oportunidades, pero que a la vez es limitado e irreversible.

Esta dimensión de temporalidad se ha expresado en los mitos a través de diferentes analogías, entre ellas, con el acto de tejer, donde el arte textil de todos los tiempos y la temporalidad de los seres, se enlazan en casi todas las culturas y sus mitos donde hay seres, generalmente mujeres, que tejen el sentido de la vida de cada uno y el destino de la humanidad. El acto de tejer como un arte que se ejerce en el tiempo y que enlaza distintos momentos, es un símil de lo que se elabora en un lento proceso, como el surgimiento y discurrir de la vida.

En la mitología griega, esta dimensión lineal (Kronos y Aion)¹⁷ e irreversible de cada vida humana en el tiempo está simbolizada por Las Moiras, que aluden al tiempo acotado y finito propio de los humanos. Hesíodo escribe en su *Teogonía*¹⁸ dos versiones. En la primera cuenta que la Noche parió sin acostarse con nadie a las Moiras: Cloto, Láquesis y Atropo, tres hilanderas que se encargan de trazar el destino de los humanos:



¹⁶ García Gual, Carlos. *Diccionario de mitos*. Barcelona, Planeta, 1997, p. 12.

¹⁷ Dioses griegos del tiempo. Kronos Es el dios del tiempo secuencial, cronológico que pasa inevitablemente y controla los acontecimientos de la vida y de la muerte. Aion es dios de la eternidad que invita a la acción que tenga sentido en sí misma. *Ibídem*.

¹⁸ Hesíodo. *Obras y fragmentos. Teogonía. Trabajos y días. Escudo. Fragmentos. Certamen*. Madrid, Gredos, 1978

cada vida es una hebra de hilo que sale de la rueca de Cloto, es medida por la vara de Láquesis y sufre el corte de las tijeras de Atropo cuando llega la hora de la muerte. Según esta versión, las Moiras son hijas de la Noche, trabajan en la oscuridad, en un espacio inaccesible a los humanos, en ese no-lugar y no-tiempo propio de los mitos. En su segunda interpretación, estas tres deidades preolímpicas –Atenea, Aracné y Ariadna– son hijas de Zeus (la inteligencia) y de Temis (la justicia, la Ley) y hermanas de Las Horas que personificaban el destino, controlaban el metafórico hilo de la vida de cada mortal desde el nacimiento hasta



la muerte. En ambas interpretaciones, el poder de las Moiras es innegable, urden los hilos por los que rige el itinerario de la vida¹⁹.

Particularmente en Roma, dentro de la mitología grecolatina, las diosas encargadas de regir la vida y el destino de los seres humanos, eran las Parcas, con la variación de que cada una presidía una etapa importante: nacimiento, matrimonio y muerte. Son conocidas también como las Tres Hadas: Nona, que llevaba hilos y telas para dar inicio a la vida y la hilaba desde su rueca, es decir, desde el nacimiento y equivalía en la mitología griega a Cloto, Décima que movía la rueca, medía el hilo de la vida y presidía el intervalo entre la vida y la muerte, era equivalente a Láquesis y, Morta, que cortaba el hilo de la vida en cualquier momento, eligiendo la forma en que la persona moría, ella era la equivalente a Atropos²⁰.

Tejer entonces es un devenir temporal, donde no solo en la mitología griega y en la romana, sino en muchas otras culturas como lo es en la cultura mexicana, donde las protagonistas son las abuelas tejedoras que según el mito totonaca de la creación tejen el destino²¹ de cada ser que queda plasmado en el ombligo y cuando por alguna razón las personas se extravían y pierden su destino

¹⁹ Fernández, G. O. (2012) Hilo de la vida. Diosas tejedoras en la mitología griega. Universidad Nacional de Educación a Distancia, La Rioja. Recuperado de la Internet: http://www.unirioja.es/genero/archivos/pdf/diosas_tejedoras.pdf

²⁰ Ferrando Castro, M. (2013) Mitología griega: Las Parcas. Recuperado de la Internet en enero de 2015: <https://redhistoria.com/mitologia-griega-las-parcas/>

²¹ Véase celebración Cumbre Tajín 2008, reportado por García, I. "Tejedoras del destino. Cuerpo en movimiento cósmico" Universidad Veracruzana. Recuperado en agosto de 2015, <http://revistas.uv.mx/index.php/investigacionteatral/article/viewFile/1061/1949>

necesitan recuperarlo a través del retorno al origen. Todas las tejedoras de los mitos representan de algún modo el simbolismo del misterio sobre el origen de la vida y el sentido de la misma para los seres humanos, confeccionan para cada ser humano un destino singular en el fluir ininterrumpido de la vida, representando cada una los tres polos de la temporalidad lineal: pasado, presente y futuro. El pasado como cimiento del presente se teje con él, urgando y construyendo, creando y haciendo un trayecto singular, antes que la muerte corte el hilo. Y es ese trayecto de la temporalidad la que ofrece las posibilidades de hacer algo con los hilos recibidos, ese hacer que no es otra cosa que crear vínculos, lazos, combinar colores, crear formas sabiendo utilizar los hilos finos y los gruesos, los débiles y los fuertes que darán los matices únicos al tejido.



El arte textil está también presente en los mitos de la América prehispánica o precolombina, cobra gran importancia en estas sociedades donde la visión cosmológica del textil se presenta como elemento sagrado, mitos que la creación del mundo y del sentido de la vida. En la cultura maya, Ixchel es la diosa de la Luna, del agua, del tejido y de la medicina. Es esposa del dios Sol, Itzamná y madre Ix-Chebel Yak, la patrona del bordado y de la fecundidad. La fecundidad es muy importante en esta representación cosmogónica y tiene una correlación con el tejer como origen de la vida²².

Tanto en Oaxaca, Chiapas y Guerrero –estados del sur de México–, como Guatemala en Centroamérica, aún existe una gran tradición textil que se remonta hasta los tiempos prehispánicos, donde el telar de cintura, representa la forma más simplificada de este oficio, ya no son solo las manos las que enhebran y

²² Solanilla Demetre, V. (2009) El rol de las tejedoras precolombinas. Revista digital “Destiempos”. No. 18. México. www.destiempos.com/n18/solanilla.pdf

tejen, sino que todo el cuerpo está implicado en el acto de tejer y su proceso²³ constituye el sostén del tejido. Existe una gran variedad de artesanía textil



proveniente de las localidades mencionadas cuya variedad de formas y tejidos caracterizan cada región en su singularidad cultural, inconfundibles por sus diseños y colores de gran originalidad que identifican a cada región.

Estas culturas irán añadiendo elementos nuevos conforme su incursión en el tiempo y en los vínculos posteriores que diversificarán sus tejidos con los telares españoles de pedales y lanzadera, desde los que se crearon alfombras, mantas, tapices, jorongos y tapetes, elaborados en telar de pedal, con hilo de lana, al natural y teñida con tintes naturales.²⁴ No son tejidos industriales ni se dan en serie, nunca hay uno igual a otro, lo que da una singularidad propia que, a semejanza del recorrido con el que cada ser humano traza su destino en la vida. Así, desde la Sierra Tarahumara en el norte México hasta Palenque en el extremo sur, la variedad textil continúa expresando un saber diferente sobre el ser humano, sobre su tiempo y su sentido en el trayecto universal por la vida.

Como podemos ver, el arte textil ha estado presente en los mitos de muchas culturas del mundo y su labor, junto con las consideraciones sobre el tiempo, ha servido para significar muchos enigmas de la condición humana. Este arte tan singular requiere, al igual que otros, de ciertos instrumentos y estructuras, así como la concentración en cada producto a realizar, como es propio de las artesanías, donde no hay dos iguales. Se requiere de un telar compuesto por el asiento del tejedor, el marco del telar, la trama, los soportes, los orificios, las varillas, el ojo, la lanzadera y el lienzo completo donde cada hilo se entreteje con otros, y que junto con otros instrumentos como los hilos las agujas, los

²³ Cfr. Proceso del tejido artesanal en la cultura maya, descrito por mujer indígena en Guatemala. Recuperado. Nov. 2015. <https://www.youtube.com/watch?v=xgzeGORTGpE>

²⁴ Recuperado de <http://www.travelbymexico.com/oaxaca/atractivos/?nom=eoaxtelares> el 20 de febrero de 2014

enhebradores, las tijeras y los soportes dan colorido a un nuevo tejido. Además, no se teje solo, hay un artesano que, sabedor de su oficio, teje los hilos siempre en relación con otros, que los une, los anuda y los despliega utilizando diestramente sus herramientas a fin de llegar a su objetivo.

Y si se preguntan qué tiene que ver todo esto con el tema del presente trabajo, con los síntomas sociales y los aportes del psicoanálisis, bien, allá vamos. La práctica del psicoanálisis es también un arte donde se tejen historias particulares, donde el sujeto se constituye como tal a través del lenguaje dirigido a Otro y a otros, en el que se hace patente la expresión de los deseos de manera muy especial. No es un proceso sencillo, por lo que comparte con el arte algo de la dedicación que se requiere para la expresión y la escucha donde se involucra al sujeto que se interesa en él, incluso más de lo que éste pudiera pensar o desear de manera consciente. Podríamos decir también, que se asemeja a la artesanía, al hablar de un producto que no se realiza en serie, un producto que se da caso por caso, único para cada sujeto en análisis y que no es otra cosa que su propio deseo.

De igual modo, este arte de construcción de la subjetividad, lleva su tiempo y se sumerge en él, no solo en la manera cronológica en la que el sujeto aborda su vida, su historia y sus proyecciones futuras, sino en el despliegue de la propia temporalidad de sus narraciones, emerge un tiempo donde se juega él mismo, un tiempo que tiene que ver más con su decir, que con lo que dice, pues lo que emerge como una verdad propia se da desde ese otro lugar no sabido que es lo inconsciente, desde las fracturas del lenguaje, en el decir como enunciación y como acto en el que se produce en el discurso subjetivo. Desde los inicios del psicoanálisis, Freud descubre,²⁵ en el discurso de sus pacientes que en ese otro lugar, el del inconsciente, el lenguaje da cuenta de una realidad no dominada por el sujeto y su conciencia, donde no hay tiempo, sino que en el decir de su historia hay un vaivén, se mezcla el tiempo lineal y cronológico con algo que tiene que ver

²⁵ En 1915, en "*Lo inconsciente*", comenta que "los procesos del sistema lcc son atemporales, es decir, no están ordenados con arreglo al tiempo, no se modifican por el transcurso de éste, ni en general, tienen relación alguna con él. También la relación con el tiempo se sigue del trabajo del sistema Cc". Sigmund Freud, "*Lo inconsciente*" (1915), en *Obras Completas*, (Buenos Aires: Amorrortu, 1995) –vol. XIV, p. 184 (todas las referencias a los textos freudianos se referirán a esta edición, por lo que solo se registrará el título del texto, el volumen y la página).

con un deseo en donde está jugado el sujeto mismo, es decir, que no es el tiempo lo importante, sino ese deseo y el proceso como sale a la luz.

Posteriormente, al retomar la dimensión del tiempo en su relación con el psicoanálisis, Lacan no hace más que referirse a lo que Freud ya había mencionado desde un inicio, es decir, a la atemporalidad del inconsciente que obedece a otra lógica, añadiendo que se trata en realidad de un tiempo lógico más que cronológico en el develamiento del deseo inconsciente. No se rige por el tiempo en minutos u horas de análisis, sino por una cierta lógica en la que, las escansiones suspensivas en el discurso del sujeto, permiten una nueva construcción donde se despliegan las verdades subjetivas y las posibilidades de hacer algo con ellas, lógica según la cual advierte Lacan, es importante regir la escucha en psicoanálisis asumiendo la responsabilidad ética que implica.

En el momento histórico del psicoanálisis en que Lacan reflexiona sobre esto, las escuelas psicoanalíticas postfreudianas se rigidizaban en torno al tiempo cronológico de un análisis y se institucionalizaban cada vez más. Acordaban con cierta rigidez el encuadre de sus sesiones de análisis, el tiempo que debían durar, el estilo del analista y la duración de su formación, atendiendo a la linealidad y cronología de un análisis y dejando de lado lo importante, la atemporalidad del inconsciente en torno a su deseo. Lacan advierte sobre esto y lo denuncia, promoviendo una relectura de Freud, reflexiones y denuncias que le costaron su expulsión de la IPA (Asociación Psicoanalítica Internacional por sus siglas en inglés), pero sin dejar de puntualizar la subordinación del tiempo cronológico al tiempo lógico del inconsciente y su deseo.

Es así como en la realización de la presente tesis, se entrelazan la dimensión del tiempo y el arte de tejer, la utilización de la metáfora del tejer –del artesano tejedor, del telar y del tejido–, no solo como parte de una expresividad universal compartida a través de los mitos en los que se relatan los orígenes de la creación, las concepciones del mundo, del ser humano y de su destino, sino como parte de un proceso regido por la conciencia de nuestra temporalidad y finitud. A la vez, se entreteje con el tiempo lineal y cronológico esa otra dimensión del tiempo aún más enigmática, donde la conciencia no domina, algo resulta incómodo y se nos escapa, un tiempo lógico que se despliega en tres momentos,

tres asertos en cuyas escansiones suspensivas emergen verdades subjetivas que revelan el saber de lo inconsciente.

El psicoanálisis, al nacer como una necesidad frente al sufrimiento humano derivado de síntomas sin explicación, puede ser considerado desde ésta metáfora como un taller de creación y reparación de tejidos, sin embargo, aquí si aplica el poder tejer algo nuevo con hilos antiguos y los tejidos deshilachados, de retomar incluso los hilos rotos para hacer nudos con ellos a fin de tejer algo que haga diferencia con lo valioso de los hilos antiguos, esos que han prevalecido por haber sido tan fuertes y que son capaces de ser enlazados a la realidad donde podrá desplegarse su colorido. Así, en el telar del psicoanálisis, cada parte tiene su función: el telar, el marco para tejer, las herramientas, los hilos, el tejedor, el tejido mismo...

La primera parte del presente trabajo constituye un breve análisis de la realidad social a partir de los malestares que la habitan, mismos que se despliegan en el primer tiempo lógico, el instante de la mirada sobre las rasgaduras del tejido social que se manifiestan en los síntomas comunitarios y concretos en los sujetos que los sufren. Para ello, es importante ubicar el psicoanálisis dentro de la realidad social, ¿cuáles son esos síntomas?, ¿hay algo que reparar ahí? Contextualizar la problemática de la salud y la enfermedad en el ámbito de lo psíquico es una tarea que requiere hacer distinciones precisas en los términos a utilizar así como en las diferencias entre las distintas disciplinas que los atienden para despejar el campo del psicoanálisis y su especificidad.

La segunda parte despliega el tiempo de la comprensión, el segundo momento del tiempo lógico. Los capítulos que la constituyen se forman por un lado, con el recorrido sobre la función y formación del analista, y por otro, con la explicación de algunos conceptos psicoanalíticos cuyo enlace como propuesta, constituyen el telar donde se apoya su práctica y las herramientas con las que entreteje su ejercicio. El analista como buen tejedor, despliega su arte en el tejido de los significantes que emergen del discurso del sujeto y, a través de su posición en la escucha, sus puntuaciones e intervenciones hace posible un trabajo en el que, lo interior y lo exterior se enlazan, anudan significantes y promueven fuera de las sesiones, nuevas construcciones que creen lazo social.

En la tercera y última parte del presente trabajo desemboca en el tercer momento del tiempo lógico, el momento de concluir. En este momento, todos los hilos confluyen en un solo tejido, el caso clínico que refleja el modo particular en el que el sujeto articula algo de su deseo y, cuya construcción constituye un saber que se elabora paulatinamente. Un saber que se consolida en el enlace del acto analítico con el acto del sujeto, en un tejido donde los lazos forman vínculos y los síntomas forman nuevas creaciones atravesadas por el deseo. Así, luego de un proceso analítico, también en el analista se opera algo de su deseo en la transferencia al psicoanálisis y a su transmisión, por lo que el testimonio de su experiencia da cuenta también de su recorrido. Es el caso por caso, tanto del proceso psicoanalítico como del lugar del analista en su función, que no admite generalizaciones, sino que teje singularidades.

Finalmente, concluir es un acto donde todo lo anterior se enlaza. Se concluye, no para cerrar, sino para dejar abierta la pregunta en un momento crucial de nuestra historia, ¿tejer para qué?, ¿cómo responder a la pregunta paradójica sobre la utilidad del síntoma en la creación del lazo social?, si los lazos de la estructura, el síntoma y el deseo pueden entretejerse, sea en finos deshilados o burdos anudamientos en el tiempo de cada sujeto, ¿será posible crear un tejido siempre nuevo, donde se reinventen los enlaces particulares y se promueva la creatividad en los vínculos comunitarios de alcance social? En este sentido, el psicoanálisis siempre se verá cuestionado por la realidad, sus provocaciones interpelan y desafían su labor. Algo de estos cuestionamientos intentarán anudarse hacia el final del recorrido...

PRIMERA PARTE:

EL INSTANTE DE LA MIRADA SOBRE LOS LAZOS SOCIALES

“...se necesita para ello, el *instante de la mirada*... esta modulación del tiempo introduce la forma que, en el segundo momento, se cristaliza en hipótesis auténtica, porque va a apuntar a la incógnita real del problema, a saber el atributo ignorado del sujeto mismo”

Lacan, “El tiempo lógico... Un nuevo sofisma” ²⁶

²⁶ Lacan, J. (1966) “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma” en *Escritos 1*. México: Siglo XXI Editores (1998).

CAPÍTULO 1: SUBJETIVIDAD DE LA ÉPOCA Y SUS RASGADURAS

1.1. La sociedad y sus síntomas

La dinámica de las interacciones sociales tiene su complejidad, sus momentos de avance y retroceso, de evolución y estancamiento, ante esto las disciplinas que se centran en su estudio, intentan hacer aportes propios que motiven la reflexión y la transformación de los estancamientos y problemáticas sociales en oportunidades de evolución y avance. El psicoanálisis, por su parte, no es la excepción, al ver surgir en el contexto del malestar individual de quienes consultan, síntomas como reflejo de la interacción entre lo que socialmente acontece y la subjetividad que lo procesa. Estos síntomas aparecen de formas múltiples como depresión creciente, dependencias diversas, ataques de pánico, violencia, ansiedad, enfermedades psicosomáticas y crisis existenciales agudizadas en todas las etapas de la vida y se constituyen como testimonios de los alcances del malestar social. Ante estas manifestaciones se abre a la interpelación y se pregunta ¿cuál es el aporte particular del psicoanálisis a la sociedad y sus síntomas? Es la pregunta que atraviesa este trabajo para volver a descubrir con Freud, con Lacan, con los psicoanalistas actuales que reflexionan sobre la condición humana, la existencia de la posibilidad para todo sujeto, de un saber diferente al saber positivista de la ciencia o del saber crítico, reflexivo y hermenéutico de la filosofía y que, paradójicamente, cimentados ambos en las grandes elaboraciones de la conciencia, permean algo del olvido donde, precisamente en ello, se juega el psicoanálisis, en un saber más allá de lo sabido.

Lo inconsciente, como objeto de estudio del psicoanálisis, aporta una mirada particular a la relación entre lo psíquico y lo social y, sin por ello querer constituirse como un discurso o meta-relato que dé respuesta a toda contingencia individual o comunitaria, si comprueba que la psique y sus vínculos con lo social están mediadas por la relación subjetiva a la fantasía. En sus diálogos con la filosofía y la sociología, pueden encontrarse muchos puntos comunes en relación al pensamiento contemporáneo sobre la sociedad actual, sin embargo, el psicoanálisis centra en los vínculos y su naturaleza desde lo inconsciente de cada

sujeto que se ve implicado en la conformación de los grupos y sociedades. Considera a la sociedad como hecha de vínculos, alianzas y pertenencias en cuya construcción y desarrollo ocurren muchas dificultades en su conformación, vicisitudes necesarias para el establecimiento de acuerdos, simbolismos y pactos que se dan en el campo del lenguaje –nunca sin éste– y que constituyen su itinerario, su desarrollo y su horizonte en la cultura. Acuerdos simbólicos de las partes sociales para establecer alianzas que aporten beneficios a todos y para lograr a través de decisiones conscientes y responsables, la construcción de una comunidad más equitativa.

Como todo ente en desarrollo, las sociedades tienen sus momentos críticos, sus crisis que, si bien pueden ser momentos decisivos de transformación, también pueden constituir estancamientos que generen signos de descomposición, síntomas de malestar y síndromes de complicación en su desarrollo. Debido a que todos conocemos y utilizamos estos términos médicos en otros campos de manera diversa es que en este capítulo los emplearemos para facilitar el análisis de la problemática social actual. Por alusión a un conocimiento común valga la analogía sobre el malestar, la enfermedad y las dificultades de recuperación para pensar las dificultades de interrelación de los grupos sociales, que como cuerpo social sufre alteraciones, complicaciones y efectos colaterales que pueden impulsar un cambio o pueden hundirle.

Empecemos por los signos²⁷ de enfermedad social que como señales, nos indican que algo no anda bien: “signo es cualquier hallazgo objetivo de una enfermedad perceptible al examinador, en contraposición a las sensaciones subjetivas del paciente”²⁸. También existen signos positivos en el desarrollo histórico social que han promovido avances tecnológicos, científicos y culturales que podemos tener en mente y recordarlos hasta cierto punto para justificar los momentos críticos de su desarrollo en los últimos dos siglos. Sin embargo, estos avances han tenido también altos costos sociales y los signos de mal-estar son evidentes: hambre, guerra, muerte, sistemas económicos injustos, estados de

²⁷ Signos, síntomas y síndromes son abordados en principio y definidos desde el ámbito de la medicina. El aspecto simbólico del signo desde la lingüística será abordado más adelante, en el despliegue específico del discurso psicoanalítico.

²⁸ Melloni B., Eisner G. y Dox I. *Diccionario Médico Ilustrado*, ed. Reverte. Barcelona, 1983, p. 516. Citado por Néstor Rubén AlianiCeraldi en su tesis doctoral: “Estudio comparativo de la noción de síntoma en la obra de Freud y en la perspectiva médica y psiquiátrica actual”, 2015.

violencia constante, corrupción y descomposición social que muestran una alteración en su desarrollo, donde especialistas competentes pueden medir, corroborar y cuantificar los acontecimientos sociales actuales y sus consecuencias.

Muchos de estos procesos han confundido las alianzas con las pertenencias, la riqueza de las diferencias con la amenaza de crecimiento, la comunidad con la intolerancia y la uniformidad, desembocando en el reforzamiento del malentendido propio de las relaciones humanas. Estas últimas, la intolerancia y la uniformidad tienden a forzar pertenencias, donde la actividad dialógica propia de las alianzas y los pactos simbólicos se da con dificultad o no tiene lugar y, entonces, crea como resultado un gran malestar cultural, social e individual que se ve reflejado en los síntomas sociales²⁹.

Podemos constatar que no solo hay signos objetivos de lo que sucede a nivel social y cultural, sino también a nivel de los individuos que, como células del cuerpo social, presentan el lado subjetivo de todas las sociedades, lugar donde se gesta un malestar constante y genera síntomas que revelan la crisis de los vínculos establecidos. Al hacerse evidentes los signos objetivos de que algo no anda bien a nivel social al igual que los síntomas manifiestos en todos los sujetos que conforman el cuerpo social (de los que nadie nos escapamos), ambos, signos y síntomas, se entretajan sin poder dilucidar qué fue primero, pero se experimenta malestar, se sufre la descomposición en su conjunto y se dificulta la interacción comunitaria.

Así, los signos objetivos y los síntomas subjetivos se enlazan y se contagian en las interacciones constantes y cotidianas, parecen asignar “papeles en la escena” de manera implícita, la sociedad como victimaria y los sujetos como víctimas, cuando ninguno de los dos son tales, ¿son los signos consecuencia de la descomposición de las interacciones individuales? O ¿son éstas producto de los imperativos sociales? en los signos conformados por los grupos sociales, los sujetos se han visto implicados desde su origen, sus síntomas funcionan como

²⁹ Considerando un síntoma como: “Cualquier manifestación de una enfermedad apreciable únicamente por el paciente, sin que los métodos exploratorios del médico sean capaces de objetivarla en contraposición con el signo”. Cfr. Galli, Valter y Trappolini, Masimo, *Vocabulario Dizionario Medico*, ed. E.M.C., Roma, 1985, p. 604. Citado por Néstor Rubén AlianiCeraldi en su tesis doctoral: “Estudio comparativo de la noción de síntoma en la obra de Freud y en la perspectiva médica y psiquiátrica actual”, 2015.

formación de compromiso entre los deseos humanos y su censura, y al mismo tiempo, como defensa ante este choque. Podría decirse que la elección del síntoma es un intento de remiendo con el que tienen que apañarse y volver a crear vínculos, con y a pesar de ellos. Sin embargo, esto genera mayor complejidad, cuando éstos fenómenos se enlazan, crean síndromes, que podemos definir como “conjunto de signos y síntomas que aparecen simultáneamente y con frecuencia suficiente como para definir clínicamente un estado patológico determinado”³⁰.

Desde aquí, la realidad social nos permite reconocer que estamos ante un síndrome complejo, donde la interacción de signos y síntomas sociales pone en crisis algo de lo establecido anteriormente, haciendo surgir cambios y alteraciones y no hay modo de asegurar que sirvan para algo en su desarrollo, solo podemos constatar los efectos.

Signo	Síntoma	Síndrome
Lo observado, evidente al observador calificado.	Lo sentido, la indicación del paciente.	Conjunto, cuadro dinámico, combinación, complejidad
Objetivo	Subjetivo	Uniformidad razonable
Prueba objetiva	Sensaciones subjetivas	Basado más en la objetividad
Verdadero	Simulado o ficcionado	Verdad en el tiempo
Lo percibido, lo visto, lo generalizable	Lo enunciado, lo relatado, lo singular	Lo ordenado, lo racionalizado.
Hecho aislado	Hecho simbolizado	Hecho en su contexto
Lo dado a ver	Lo nombrado	Lo combinado
Evaluación	Fenómeno	Diagnóstico

Signos, síntomas y síndromes están constituidos por fenómenos que se repiten tanto en el ámbito médico como en el social. Ahora miremos algunas de estas complejidades que han dado por llamarse a lo largo de la historia de diferentes maneras, que se particularizan de manera singular en cada cultura y que sirven para dar cuenta de cómo en cada época hay cambios en la manera de pensar la vida, pensar las relaciones interpersonales y comunitarias, así como la producción del conocimiento y que, que si bien sirven para la descripción del común denominador de los acontecimientos sociales, no los agotan del todo. Por ejemplo, los restos de la Modernidad dejan marcas de ciertos ideales sociales y

³⁰ Maried, Jorge y Villabona, Carlos. *Diccionario de medicina* (Tomo II), ed. Marín, Barcelona, 1991, p. 964. Citado por Aliani Ceraldi, *Op. Cit.* 2015.

utopías que permitían ver a la sociedad en un continuo progreso donde el ser humano aún es importante. Pero la llegada de la Postmodernidad que, según Lyotard³¹ y en contraposición con la Modernidad, da cuenta de una época de donde se produce la legitimación de los discursos y el desencanto, donde las utopías y la idea de progreso de conjunto se viene abajo apostando a la carrera por el progreso individual, donde el desarrollo de las ciencias modernas pretenden un conocimiento acumulativo, verdadero y con validez universal, donde el orden económico capitalista ha pasado de la economía de la producción a la economía del consumo que, como bien lo analiza Marinas en *La fábula del bazar*,³² se ve reforzada por los medios masivos provocando novedad, compulsión y fragmentación de la intimidad subjetiva, constituyéndose además de en una gran industria, en una paradoja social.

Y no solo eso, como otros de los signos de estos tiempos, la posición de las grandes religiones es cuestionado, los individuos ya no saben en que creer, las imágenes han cobrado más importancia que las ideas incluso en la elección de los líderes cuya imagen es más cultivada que su proyecto para la comunidad, y la política en su sentido originario acaba en el cubo de basura para convertirse en escenario de juegos de poder que se entregan al espectáculo, donde el manejo de la información divulgada se da más por manipulación o entretenimiento que por compromiso con la verdad. Estos efectos de la postmodernidad –entre otros-tienen sus consecuencias, en la organización psíquica de los individuos y sus paradojas manifiestas en los cultos actuales: el culto a lo individual como un ser “no dividido”, como si realmente no lo estuvieran tratando de ocultar su división subjetiva que se experimenta entre lo que son y piensan que son, entre lo que quieren y lo que pueden, entre su deseo y el deseo del Otro y de los otros; el culto al presente, buscando lo inmediato y queriendo asegurar su futuro; sin fe aparente en las grandes religiones y en la ciencia, pero con un culto agudizado a la tecnología y sus rituales; el culto a la privacidad y la individualidad publicando lo íntimo en las redes sociales. Y esto, solo por mencionar algunos fenómenos entre los muchos ya estudiados por los sociólogos, cuestionados por los filósofos

³¹ Lyotard, Jean-Francois. (1984) *La condición postmoderna*. Madrid: Cátedra ediciones, 2014.

³² Marinas, J.M. (2001) *La fábula del bazar: orígenes de la cultura del consumo*. Madrid: A. Machado Libros, D.L.

de la actualidad y atendidos por el psicoanálisis como síntomas que cuando provocan malestar, pierden su posibilidad de crear lazo social.

El psicoanálisis nace a principios del siglo XX, no aparece por generación espontánea, nace en ese contexto de transición de la modernidad a la posmodernidad que, como todas las transiciones conlleva sus propios vaivenes. Las construcciones teóricas del psicoanálisis no son solo producto de la genialidad del pensamiento freudiano, sino también producto de la influencia de la época. Sin embargo, sus descubrimientos hacen patente un saber desconocido, amplían el conocimiento sobre la naturaleza humana, sus síntomas, sus aspiraciones y sus logros.

Freud, como médico y neurólogo, siempre pretendió elaborar una visión científica sobre las enfermedades que se le presentaban, sin embargo el saber positivista no alcanzaba a explicar la complejidad de los fenómenos a los que se enfrentaba, se auxilió de la literatura y de manera más velada de la filosofía, para intentar explicar a través de sus construcciones teóricas, lo que de simbólico tenían los síntomas y proponer así un nuevo tratamiento. Posteriormente, la elaboración de Jacques Lacan a partir de una cuidadosa relectura de Freud, abre al psicoanálisis a un diálogo permanente con otras áreas de estudio sobre la naturaleza humana, tales son los aportes antropológicos y lingüísticos de Levi-Strauss y Roman Jakobson, las lecturas de grandes filósofos como Spinoza, Hegel, Kierkegaard, Nietzsche entre otros, así como por los aportes de filósofos franceses contemporáneos como Bataille, Derrida o Foucault y, en su apertura a dialogar incluso con la sociología, hace que la reflexión del psicoanálisis como parte del pensamiento contemporáneo tenga contribuciones importantes de gran actualidad. En su afán más que de comprender, de intervenir con su modo particular sobre la subjetividad moderna, se remite a la filosofía, a la antropología, a la lingüística, a la sociología, a la literatura e incluso a las matemáticas para dar cuenta de ese saber provocado por el singular modo de simbolización que constituye la función de la palabra en nuestra cultura que, como fenómeno del lenguaje, produce lo inconsciente y se manifiesta en nuestra subjetividad y en nuestros síntomas.

En los tiempos de Freud, los ataques histéricos y los múltiples síntomas obsesivos constituían reaseguramientos defensivos de los sujetos frente al

malestar, eran los más comunes y se hacían evidentes sin causa aparente. En la actualidad se suman otros más como ejemplos de un malestar que continua interpelando la dinámica social y sus imperativos culturales. La pregunta emerge con el deseo de saber, ¿cómo se posicionan los sujetos frente a la realidad que viven?, la situación actual donde la masificación de la información y la contradicción constante en sus contenidos provocan confusión, las preguntas por la verdad, por la identidad, por el deseo y por los valores comunitarios persisten, si bien no como metas conscientes, si como nostalgia de algo perdido, a lo que se alude sin saberlo, a lo que se aspira sin haberlo tenido nunca porque el vacío que constituye al sujeto lo impulsa a seguir buscando. Se vive en un estado de alienación respecto de la edad cultural en la que vivimos, “las cosas son así”, “¿qué sigue?”, con expresiones de resignación y asimilación, de identificación y pertenencia pasiva a un movimiento social cansado de hacer intentos, intentos ¿de qué?, ¿de volver a un pasado mejor?, ¿de inventar algo nuevo?, ¿de mejorar el presente sin saber cómo?, ¿de intentar sentirse sujetos responsables en la construcción de un mundo mejor? Transitar por el circuito del deseo es en la actualidad un enigma, una pregunta por el deseo del Otro,³³ “*Che vuoi?*” (¿Qué quieres de mí?), para luego de interrogarse sin respuesta garantizada, poder reinventarse.

El enlace del pensamiento freudiano con la actualidad de nuestro momento histórico, posibilita la explicación de los efectos psicológicos del conflicto que se genera entre el deseo subjetivo y la disparidad de las demandas culturales y sociales, conflicto que provoca los síntomas que se manifiestan en la mente, en los afectos y en el cuerpo como malestar general que obstaculiza la interacción con los demás, y que tienen una particular manifestación en cada época.

Freud siempre estuvo al tanto de los acontecimientos sociales de su época y sus investigaciones nunca estuvieron aisladas de los fenómenos sociales que a él mismo le tocó presenciar y, después de su muerte en 1939 –al calor de los efectos de la Segunda Guerra Mundial–, el psicoanálisis que ya existía como disciplina en varias partes del mundo, continuó cuestionando las contradicciones sociales y culturales que generaban los síntomas poniendo en juego el bienestar

³³ Lacan, J. (1966) “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano”, en *Escritos 2*. México: Siglo XXI Editores (1998), texto en el que elabora el Grafo del Deseo y en él explica el recorrido del sujeto en su relación con el Otro a quien dirige su pregunta.

individual y social. La llegada de Jacques Lacan –en un particular momento de la historia del psicoanálisis– permite retomar la obra freudiana para continuar el estudio sobre los efectos que dejan los fenómenos socio-culturales en la psique humana.

Lacan cuestiona los desvíos de la práctica psicoanalítica y dialoga con filósofos y otros profesionales de la lingüística, la literatura, la sociología y otros psicoanalistas para enfatizar los principales conceptos del psicoanálisis, así como para reformular y completar otros como parte de su pasión por el psicoanálisis y su transmisión. Siempre se preocupó por la formación de los psicoanalistas y en este contexto es que dicta sus seminarios. Destaca el proceso de constitución subjetiva a partir de los vínculos generados, donde las alteraciones del sujeto guardan una estrecha relación con el lugar que ocupa en el deseo del Otro y con los vínculos que se alteran en relación con los otros. El psicoanálisis borra entonces ese falso dilema entre lo íntimo y lo público, entre lo personal y lo comunitario, que no son más que dos hebras del mismo tejido que se enlazan en una experiencia ética centrada en el deseo y el lenguaje como elementos constitutivos de todo sujeto. Lacan enfatiza la experiencia del análisis como la posibilidad de canalizar hacia el deseo el goce³⁴ de los síntomas a fin de reinventar desde ellos, los lazos que lo mantengan vivo.

Ahora bien, más recientemente, las reflexiones filosóficas de Agamben³⁵ plantean cuestiones dirigidas a la tradición occidental que podrían simplificarse en la pregunta ¿qué hemos hecho para llegar al punto en el que nos encontramos? La compleja problemática social revela un diagnóstico desolador, supone un cuestionamiento político que va más allá de las disertaciones individuales y que implica otra pregunta: ¿qué se puede hacer, hacia dónde ir?, del acierto en la respuesta depende la supervivencia, y cada vez nos queda menos tiempo. Las preguntas están en el aire y las reflexiones aparecen como intentos de respuesta desde diversas disciplinas.

³⁴ El término “goce” o más bien “gozo” expresa entonces perfectamente la satisfacción paradójica que el sujeto obtiene de su síntoma o, para decirlo en otras palabras, el sufrimiento que deriva de su propia satisfacción (la “ganancia primaria de la enfermedad” en los términos de Freud. Lacan, “La ética del psicoanálisis” en *El Seminario*, Tomo VII, p. 180s.

³⁵ Cfr. Agamben, G. (2007) *O poder saberão e a vida nua*. Bela Horizonte: Editora UFM G

Bauman, por su parte analiza la realidad social desde las características de lo sólido y lo líquido para describir diversos fenómenos sociales, tales como las relaciones entre los sujetos, donde la tendencia al individualismo enfatiza el valor de la autonomía personal, que se evita profundizar en las relaciones y la implicación subjetiva que conllevan, lo que hace que se vuelvan superficiales por temor a perderlas. Describe lo efímero de las relaciones, la tendencia cada vez mayor a las relaciones virtuales y sus efectos de superficialidad, transitoriedad, sin sentido de pertenencia, relaciones donde el consumismo y el mercantilismo debilitan los lazos que se establecen entre los sujetos y los grupos entre sí:

En este contexto los vínculos afectivos estables se convierten en una hipoteca. La idea del matrimonio, el *hasta que la muerte nos separe*, deviene un plazo inasumible en una sociedad marcada por el *eterno presente* y el *usar y tirar* de la sociedad de consumo. [...]Uno pide menos, se conforma con menos y, por lo tanto, hay una hipoteca menor para pagar, y el plazo del pago es menos desalentador³⁶.

Es así como la realidad social provoca efectos en lo psíquico y de los conflictos generados emergen síntomas que producen el malestar que se extiende de lo individual a lo social y viceversa³⁷. Las diferencias sociales impuestas por la economía de consumo producen efectos que enfatizan las hostilidades entre los seres humanos debido a las diferencias en la distribución de los bienes que se producen en la sociedad y en la cultura, generan resentimiento y agresividad en los sujetos y afirmando las pulsiones destrucción y apoderamiento que se manifiestan en las relaciones humanas.

El mundo simbólico de los seres humanos se ha modificado radicalmente, han cambiado las tradiciones y las instituciones sociales, el mundo de la tecnología ha borrado los límites de la comunicación sin que ésta llegue a ser realmente significativa. El psicoanálisis intenta dialogar con otras disciplinas, mirar sus fronteras para reconocer lo que puede escaparse a su propia visión y confirmar así con Freud que en los límites de lo íntimo y lo público, de lo individual y lo colectivo solo hay continuidad y no ruptura.

³⁶ Cfr. Bauman, Z. (2005) *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México D.F. Fondo de cultura económica

³⁷ Cfr. Castro, G. (2014) "El malestar social y sus síntomas. Desafío para la clínica actual", en *Zohn Muldoon, T. (Coord) La psicoterapia frente al bienestar y el malestar*. ITESO-Ibero. México.

Y, es entonces cuando surge la pregunta sobre la causa del enfermar ¿está adentro?, ¿está afuera?, ¿está en la interacción del adentro con el afuera? Esta necesidad de saber es inherente al sujeto, remite a una necesidad de sentido, a un saber que el sujeto ignora, un saber sobre sí mismo, sobre sus relaciones con los fenómenos de su época. Un saber sobre sus razones para enfermar y los modos como se expresan sus síntomas.

Freud se hizo las mismas preguntas ante sujetos cuyas razones para enfermar parecían inadmisibles. En sus obras, da cuenta de sus descubrimientos, entre los cuales afirma que los síntomas tienen un sentido, tienen un nexo con la vida de las personas que los padecen y que el sufrimiento proviene principalmente de tres fuentes: del propio cuerpo donde se manifiestan el dolor y la angustia como señales de alarma, el mundo exterior con sus múltiples problemáticas y los vínculos con los otros, cuyo padecer puede ser el más doloroso.³⁸ Afirma que el síntoma se encuentra circunscrito alrededor de lo inaceptable y de la dificultad del sujeto para asimilar dificultosa su contenido en relación a la cultura de la época, a saber, la sexualidad y la pulsión de muerte. Articula el inconsciente, la sexualidad y la cultura como puntos nodales en la formación de los síntomas y concluye que la sociedad como conjunto de intereses comunes, le pide al individuo que renuncie a su satisfacción pulsional y a sus intereses individuales en favor de los comunitarios, renuncia que, bajo los ideales de la cultura, produce los síntomas no sin ofrecer satisfacciones sustitutivas que permitan a los sujetos sobrellevar las exigencias que tienden a sacrificar lo pulsional.

En la actualidad la contradicción también deja su huella en las elecciones sintomáticas. Por un lado, la sociedad ofrece múltiples objetos de consumo³⁹ para

³⁸ Cfr. Freud, S. "El sentido de los síntomas" (1916), pp. 235-236 y "El malestar en la cultura" (1930), pp. 76-77, en *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1995.

³⁹ Para un análisis detallado de la cultura del consumo, véase J.M. Marinas, H. (2004) "La ciudad y la esfinge" donde la cultura del consumo está compuesta por tres dimensiones básicas: a) los hábitos de consumo, que muestran una realidad objetiva, observable y sintomática en la sociedad actual; b) los sistemas de representaciones, discursos y valores que legitiman tales prácticas de consumo y c) los procesos de identificación subjetiva a partir de ellas, lo que contribuye a la construcción de las identidades en los grupos sociales. Estas tres acepciones, menciona, nos sirve ubicarlas para constatar que, más allá de la libertad de compra, hay un proceso cultural disciplinante y subyacente en esta triple dimensión - objetiva, representada y subjetiva - donde la cultura del consumo no solo proporciona la tranquilidad de estar en el rol social que es promovido, el del consumidor, sino que transmite también el malestar sintomático, impulsivo del acto consumista, refiriéndose así, no solo al consumo de productos, sino también de ideales, valores, representaciones, identidades que conllevan síntomas socialmente preocupantes.(2004:5)

compensar la búsqueda del placer –que sólo llegan a aliviar temporalmente la tensión que las necesidades pulsionales provocan– y para que permita a los sujetos continuar asumiendo las renunciaciones que la cultura exige. Por otro lado, en las compensaciones ofrecidas se filtran componentes publicitarios de la actualidad y que incluyen el riesgo, la agresividad y el dolor, que producen fenómenos que van “más allá del principio del placer” donde se mezclan la incertidumbre, la frustración, la pérdida y el dolor en la búsqueda satisfacción, mezcla que Lacan llama *jouissance*, gozo.⁴⁰

Desde esta perspectiva, donde lo vincular es importante, Lacan enfatiza la importancia del Otro social en la constitución del psiquismo. Las transformaciones por las que transita la subjetividad están influenciadas por cambios sociales y, entre los nuevos síntomas con alta influencia cultural están, desde enfermedades que tienen que ver con la sexualidad tales como el sida, hasta comportamientos patológicos que afectan los núcleos sociales queriendo dar un alivio, como el juego patológico, las adicciones y los trastornos alimenticios, entre otros, síntomas que en otras épocas no existían y que nos obligan a crear nuevas maneras de intervención⁴¹. La realidad actual nos reta y le reconocemos a Freud la apuesta por el uso de la palabra como método para escuchar los síntomas como expresión del lenguaje inconsciente y su deseo. Y la cuestión es, si la manera de intervenir mediante el psicoanálisis, es pertinente y actual como lo fue para Freud al atender a las histéricas de su tiempo.

Mirando el contexto actual inmerso en el sistema capitalista imperante, nos damos cuenta de que la dinámica familiar, la economía y la sociedad en general giran alrededor de la cultura del consumo y de la mercantilización de la vida cotidiana⁴². Esta cultura ofrece lo que no puede dar: colmar con los bienes del consumo el vacío del sujeto frente a la experiencia de la falta, sólo logra crear nuevas necesidades al presentárselos como señuelos. Estas nuevas necesidades se ven matizadas por el dolor y del riesgo como una nueva modalidad que va más allá del principio del placer, que lo convierte en goce produciendo exacerbaciones y deficiencias en los síntomas que se experimentan con desmesura.

⁴⁰ Cfr. Nota, p. 34

⁴¹ Cfr. Castro, *Ibid.*

⁴² Marinas, J.M. (2001) *La fábula del bazar: orígenes de la cultura del consumo*. Madrid: Machado.

Sin embargo, esta realidad deja abierta la pregunta sobre el modo particular de vivir y sufrir los síntomas que se generan como parte de las presiones sociales y cuyas soluciones –enmarcadas en esta economía que mantiene el sistema– la hacen funcionar como una gran adicción. Entre las exacerbaciones de estos síntomas están la bulimia, consumismo desmedido, trabajo compulsivo, consumo de drogas, entre otros. Y entre las deficiencias sintomáticas que incluyen el rechazo a este consumo están la anorexia, el fracaso escolar, la depresión, el fracaso laboral, etc.

Este tipo de bienestar resulta entonces paradójico, ofrece lo que no da. Recalcati nos muestra que el psicoanálisis se enfrenta a una clínica del vacío, donde los polos de lleno/vacío son los planteamientos de la sociedad de consumo: si se experimenta vacío de bienestar, hay que llenar con el consumo de la diversidad de productos que la sociedad presenta, pero al querer llenar el vacío con esos sinónimos del consumir (tragar, incorporar, comprar, apropiarse, etc.) el tratamiento de la enfermedad se traduce asimismo en consumir fármacos para las migrañas y la depresión, para el cansancio y la apatía, para la tristeza, para la impotencia, etc., se trata también de apropiarse de una ilusión, la de la eliminación del síntoma, y para ello, se consumen antidepresivos, ansiolíticos y analgésicos entre otros medicamentos que la oferta farmacológica pone a disposición⁴³.

Si esto es lo que impera en la actualidad para tratar con el vacío existencial hecho síntoma, es necesario ofrecer otra alternativa a la respuesta de llenar que se ofrece y empezar a desanudar lo que ese vacío demanda, escuchar en los síntomas ese retorno de lo reprimido que se hace presente muchas veces en formas poco claras, expresiones que no alcanzan a definir la angustia que se padece en los síntomas y se traduce en crisis de angustia, ataques de pánico, cansancio crónico y falta de vitalidad, somatizaciones, adicciones y dificultades en relación a la comida, baja laboral por no poder continuar en un ritmo trepidante o temor al desempleo y pérdida del puesto de trabajo, sentimientos de fracaso, tristeza crónica y falta de deseo sexual, el endeudamiento excesivo o la pérdida de sus ahorros, entre muchos otros, y para todo ello, esperando una respuesta acorde a la época: rápida y eficaz.

⁴³ Cfr. Recalcati, M. (2003) *Clínica del vacío: anorexia, dependencias, psicosis*. Madrid: Síntesis.

Curiosamente, a la consulta psicoanalítica llegan algunas veces, después de haber transcurrido por diversos tratamientos médicos, psiquiátricos y terapéuticos que ofrecían sus propias formas de tratar con esos vacíos y llenarlos al estilo de las demandas sociales vigentes, solicitando otra respuesta que desafía a la escucha terapéutica en particular. En el tratamiento analítico, muchas veces el sujeto, no logra articular esa sensación de vacío, pero cree que el psicoanalista le dirá cómo y le demanda –igual que a los otros profesionales– respuestas rápidas. Las siguientes viñetas son extraídas de mi propio trabajo clínico⁴⁴.

Tal es el caso de N, paciente cuyo estatus social siempre dependió del trabajo del esposo y cuyos ingresos le provocaban malestar por sospechar que provenían de prácticas poco fiables y de dudosa fuente. Así que su demanda se centraba en el malestar por “tenerlo todo” y le hacía sentirse deprimida:

- “No sé qué me pasa, me siento mal y no sé por qué, solo quiero que esta sensación se me quite, dígame usted como se quita eso, no sé bien qué es, ¿angustia... tristeza... sofoco... vacío...? ¡no sé! Tal vez todo eso, tal vez nada de eso, no lo sé, pero es desesperante.
- ¿Y cuándo comenzó esa sensación?
- ¡Pua! ¡qué sé yo!... parece como si siempre hubiera estado así y a veces quisiera gritar (silencio)... supongo que bastante tiempo como para no aguantar más y que me atreviera a venir. Una vez fui con un psiquiatra para que me diera algo y creía que con la pastilla se me iba a quitar, así como el dolor de cabeza con la aspirina, y ¡nada! No sé cuánto tiempo pasó que estuve medio zombie hasta que me harté de tomar pastillas y me dije: debe haber otro modo.”

En esta forma de presentación, el vacío no tiene nombre, el malestar no se puede explicar, carece de simbolización. Hay algo del objeto que no se puede colmar y que emerge con fuerza o bien, es otro tipo de objeto que está de más, que estorba para poder desear y que el sujeto no sabe cómo quitárselo de encima. Nos dice Massimo Recalcati (2003) que la clínica del vacío, es una clínica de

⁴⁴ Los casos clínicos de este capítulo también se han trabajado en: Castro, G. “El malestar social y sus síntomas”, publicado en “La psicoterapia frente al bienestar y el malestar” <https://rei.iteso.mx>

falsas identidades, es algo muy común el que, quienes acuden a consulta digan que no pueden definir lo que les ocurre y que carguen con una descripción de sí mismos adherida a las etiquetas sociales preestablecidas (depresivo, ansioso, adicto, anoréxica, mujer violada, etc.) que hacen difícil la aparición de lo inconsciente, o se describen a través de un síntoma somático (diabético, por ejemplo) y los sujetos se aíslan de los demás por esa forma de denominación.

Estas expresiones no manifiestan una relación de intercambio con el Otro social, sino que encierran al sujeto en sí mismo, como las adicciones o las formas depresivas. Sin embargo, aunque son los primeros intentos de poner en palabras lo que les ocurre y de llenar un vacío de descripción de sí mismos que no logran más que con la etiqueta del síntoma, no saben aún aventurarse a buscarlo en sus asociaciones, quieren que otro lo nombre, les dé acceso a lo simbólico y les confirme su síntoma. Pero este acceso a lo simbólico no es algo que se les da, sino algo a lo que ellos mismos acceden cuando se disponen a hablar lo que incluso han olvidado.

Con esa dificultad de articular en la palabra, llega a un centro terapéutico de la Ciudad de México, una joven un tanto desaliñada, con el cabello en la cara, llorando y sin levantar el rostro, con respiros entrecortados, queriendo aguantar el llanto, pasa a la entrevista y se queda un buen rato así, sin poder articular palabra, con las manos en el rostro, luego rompe en llanto y como si se avergonzara de éste, en un respiro alcanza a decir su nombre y vuelve a llorar. Luego de un largo rato dice con voz resquebrajada y apenas audible

- “Me acaban de violar en el metro” y se suelta llorando nuevamente.
- Me acerco un poco para escucharla y de inmediato, M se encoge de modo automático y voltea a mirarme con miedo dejando ver un gran moretón en el rostro. Luego de un rato en el que se intercalaron silencios y accesos de llanto, logra tranquilizarse y dice que si puede volver al día siguiente a contarme.
- Espero a M, pero no llega, llama por teléfono angustiada para decirme que le da miedo salir a la calle, que lo ha intentado y se pone muy mal, pero que lo intentará al día siguiente, varias llamadas telefónicas preceden al segundo encuentro.

Y es entonces que M inició otro intento de representarse nuevamente lo ocurrido, el terror volvió, llegó a llorar desesperadamente con una gran angustia y una enorme dificultad de tomar la palabra. Cuando accede a ella, comienza a simbolizar su dolor con una secuencia narrativa interrumpida por los silencios y por el llanto entrecortado, pero poco a poco logra bordear la angustia e inicia una historización donde las rupturas marcan las posibilidades de anudamiento y se abre un camino al sentido de sus síntomas, a la restauración de sus lazos con su deseo.⁴⁵

Paradójicamente, si la sociedad y la cultura reprimen los instintos, parece haber un movimiento hacia la no represión de los impulsos, como si esto redujera la angustia y el vacío, en el ansia de libertad en el rompimiento de las normas y la moda de nuevos patrones de comportamiento social, como una manifestación de rebeldía que antaño fue activa y que en la actualidad se ejerce de manera más pasiva. La juventud en la actualidad presenta sus contrastes, en algunas ocasiones vive su rebeldía con indiferencia ante todo aquello que hace el papel de autoridad como la que se ejerce en las instituciones sociales, en el estado o en la religión y en otras, parecen estallar los impulsos que solo hacen más grande la manifestación del vacío que se manifiesta en nuevos síntomas y que desafían a nuevas respuestas, que exigen un movimiento hacia el cambio paradigmático y hacia una escucha diferente que proporcione claridad para la resolución de estos conflictos.

En este sentido, Lacan releendo a Freud, distingue entre el otro con minúscula para referirse al prójimo del Otro⁴⁶ con mayúscula como esa dimensión social que alberga a los sujetos y que a través de sus demandas establece una relación regulatoria. El sujeto en sus búsquedas existenciales intenta escapar de esa alienación en relación al Otro social, sus normas y la ley en general, sin darse cuenta que debe pasar por ese circuito antes de separarse. Lacan en su seminario⁴⁷, desarrolla este movimiento de alienación y separación para explicar cómo la constitución subjetiva pasa por ser parte del deseo del Otro social y tener que alienarse a sus deseos antes de separarse para constituir el propio.

⁴⁵ El concepto de deseo en psicoanálisis ocupa un lugar central. No se remite al deseo consciente, sino al deseo inconsciente que permite la reconstitución subjetiva. (Evans, 1997)

⁴⁶ Ver cita, p. 8

⁴⁷ Lacan, Jacques. "Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis" en El Seminario, Tomo XI, Buenos Aires: Paidós.

Estas formas de rechazo y de intento de separación sin previa alienación, es decir sin pasar por el circuito del deseo del Otro, pueden llevar a actos violentos, lo que representa un reto a nuevos modos de intervención, puesto que ya no se trata de ese juego de identificación al deseo del Otro debido a que ya no detenta un ideal atractivo a las preguntas subjetivas actuales.

De ahí que, los sujetos que presentan ese tipo de vacío en la clínica y que demandan respuestas rápidas se enfrentan a la frustración inicial de no encontrarlas, pero el análisis permite un vagabundeo por el laberinto de las palabras a fin de que su demanda sea articulada y mantenida. Es decir, que el vacío que se experimenta pueda adoptar la expresión de una falta en ser que produce un dolor de existir y que el sujeto poco a poco puede poner en palabras, de modo que pueda hacerse responsable de ello, introduciéndose en una demanda que sólo después de un tiempo de trabajo se formula, pasando de una demanda que va más allá de una curación rápida, hacia la pregunta por el deseo del Otro. Entrar en el circuito del deseo del Otro es iniciar un trayecto hacia la clarificación de la implicación subjetiva en lo que le ocurre, descubrir as identificaciones que le hacen sufrir, rebelarse y luego separarse para descubrirse como sujeto de deseo, es la apuesta de la escucha psicoanalítica..

Los breves ejemplos presentados hablan de los desafíos en la integración y cuestionamiento de lo social en la clínica. Entre las patologías actuales más comunes⁴⁸ están las que pasan por el cuerpo, los sujetos depresivos, los anoréxicos, las adicciones y las enfermedades psicosomáticas, vinculadas a la histeria donde el cuerpo está implicado y sus síntomas son una metáfora dirigida al Otro. Por otro lado, están también los enfermos del pensamiento, los obsesivos que pasan escondiéndose de la vida del deseo, furtivos, como “si no pasara nada”, para no enfrentarse al vacío y a la imperfección del Otro y, a no aceptar su falta, ritualizan comportamientos muy particulares como la prisa, la falta de tiempo para todo, la rumiación, el perfeccionismo y la “devoción” al trabajo, entre otros, que trastocan toda interacción posible. Ambos modos de crear síntomas –en el

⁴⁸ Cfr. Pascual, C. (2008) Como enferman los sujetos hoy. Barcelona, recuperado el 30 de junio de 2013: www.ffcle.es/files/comoenfermanlossujetosclotildep.doc

cuerpo y en el pensamiento— presentan claramente la clínica de la falta y del dolor de existir, que interpela al psicoanálisis y a todos los tratamientos actuales.

Menciono algunos ejemplos. En los casos depresivos, los sujetos aparecen como abandonados por el deseo del Otro, fracasados en los ideales culturales de éxito. Así decía N cuando accedió a implicarse en su pregunta:

- “No sé por qué estoy tan triste, por qué solo me dan ganas de llorar, de dormir y de no salir de mi cuarto, no sé por qué si tengo todo lo que cualquier mujer pudiera desear tener: unas lindas hijas, un esposo atento y maravilloso, una buena casa, la mejor camioneta del año, pero algo me falta, puedo ir de compras sin ninguna dificultad y puedo comprar lo que quiero y a mis hijas no les falta nada, pero ahora, a mí me faltan incluso las ganas de salir...”

Presentan una pérdida donde se hace evidente el vacío cuando el tener sacude al ser del sujeto. En cambio, los sujetos melancólicos —trastorno más grave dentro de las psicosis—, manifiestan no una falta en el tener, sino una falta en el sentido del Yo que se vacía y pierde sus referencias.

En su análisis sobre los síntomas actuales, Pascual (2008)⁴⁹ afirma que los sujetos anoréxicos, por otro lado y por situaciones particulares de su biografía, rechazan el deseo del Otro, representado muchas veces por el vínculo materno que sienten invasivo y, acceder al vacío es una forma de separarse de él. Es decir, se dedican a salvaguardar su propio deseo, a través de su rechazo al alimento o del saber (los fracasos escolares son otra forma de anorexia) por encima de la demanda del Otro. Ponen el Ideal por encima de lo pulsional, el ideal de que el deseo del Otro y sus demandas no existan y no tengan que preguntarse por él, porque los ahogaría aún a costa de la pulsión de ingerir alimentos para vivir. No hay una pregunta hacia ese Otro social, una pregunta por lo que espera y desea, hay una especie de saber solidificado que le sirve como defensa ante la pregunta por su verdadero deseo.

El deseo es constitutivo de todo ser humano, desea porque carece, algo le falta y es el trayecto en el circuito del deseo el que mantiene al sujeto en búsqueda constante. Sin embargo, en el caso de las adicciones, al sujeto le falla

⁴⁹ Pascual *Ibid.*

la simbolización de su deseo, no puede metaforizar su falta y encontrar modos de darle sentido en conexión con ese Otro social que le da un lugar y que le demanda algo. El sujeto se identifica con el objeto y se confunde con él, porque el alcohol o la droga disminuyen la inhibición, ayudan a evadir el dolor de existir y provocan una ilusión de completud. En lugar del deseo representado por un objeto que lo causa, es un deseo inmediato de goce cerrado en sí mismo, sin conexión con el deseo del Otro.

Es por ello, que el Otro social importa en la constitución subjetiva, el trayecto por el circuito de su deseo –representado en las figuras importantes de su vida– abre el camino sobre el deseo del sujeto que se aliena y se separa, se pregunta, esboza y simboliza su propio deseo en la vida. Es el caso de J⁵⁰, que llega a consulta porque su padre le pide que deje el alcohol, con las previas demandas de ser productivo, autónomo, autosuficiente, perfecto. Sin embargo, sus intentos no tienen reconocimiento alguno, por el contrario, sus mensajes son de descalificación y falta de confianza en él.

- J. dice que ya ha probado todo para dejarlo y no puede, que ya estuvo en AA (Alcohólicos Anónimos) que ya hizo el 4o y 5o paso y se reconcilió con sus padres y que no consigue deshacerse de su adicción, que ya se había dado por vencido y acude porque su padre le insiste en que busque otro tipo de ayuda y no sabe para qué, pues ya probó de todo y cree que tal vez le toca hacerlo a su manera.

Le pregunto cómo sería “a su manera”, de modo que pueda empezar a simbolizar su propio camino y articular su deseo. Pero divaga un poco porque dice sentirse cansado de las demandas del padre y cuando logra acercarse nuevamente a ellas y transitarlas antes de separarse definitivamente, se angustia. Al parecer, lo primero que quiere es excluir de su propio circuito del deseo las demandas de ese Otro encarnado en su padre, y regresa nuevamente a su necesidad del alcohol para sentirse bien, de modo que la dependencia del objeto (en este caso el alcohol, pero que igual puede ser la droga, el juego patológico, el trabajo, los

⁵⁰ Castro. *Op. Cit.*

objetos de consumo, la comida, etc.) borre y reemplace su dependencia del Otro. Es la forma moderna y más extrema forma de realizarse sin el Otro, de excluirlo.⁵¹

Por su parte, en las somatizaciones el deseo aparece congelado, y los sujetos tratan su malestar sin interpelar al Otro, sin dirigirle la pregunta sobre su deseo para transitarlo antes de separarse de él. El órgano enfermo es un órgano que condensa el goce mortífero del sujeto y que lleva la marca de lo no simbolizado (Pascual, 2008). Los sujetos acuden muchas veces derivados por sus médicos y aunque son conscientes de que su trastorno es psíquico no se hacen responsables de él, lo sufren como algo que les acontece sin más, en una expulsión de lo simbólico, permaneciendo el goce en el cuerpo, en un retorno en lo real⁵² del cuerpo, de lo que no se simbolizó. R. llegó a entrevistas conmigo a un centro terapéutico que apoya a las familias de los obreros en la Ciudad de México, pide apoyo psicológico por depresión y enfermedad:

- R. llega a consulta diciendo que le dio una rara enfermedad llamada polimiositis en la cual los músculos de su cuerpo no funcionan, su cuerpo rechaza la actividad muscular. Luego de los tratamientos médicos mejoró un poco y ya puede caminar y moverse. Pero cuatro años después le dio una enfermedad intestinal muy fuerte que le requirió intervención quirúrgica y muchos tratamientos. Luego siguió con mucho cansancio y debilidad, los exámenes que le hicieron arrojaron resultados graves, no produce glóbulos rojos y además de cuidarse con dietas especiales y vitaminarse, le tienen que hacer una transfusión sanguínea cada mes. Dice que se desespera porque le dan estas cosas, que ella quiere hacer su vida y siempre que lo va a intentar algo le ocurre.

Al comienzo su posición subjetiva ante el malestar físico reflejaba solo una victimización constante, conforme avanza en la historización de sus síntomas, empieza a relacionarlos con los acontecimientos familiares que le han afectado, empezando por su hija con discapacidad y su hijo que se ha casado con quien

⁵¹ Pascual. *Op. Cit.*

⁵² Lacan dialoga con la topología y la utiliza para explicar de un modo gráfico las dimensiones que constituyen al sujeto. En este sentido, elabora a partir del nudo borromeo, compuesto por 3 aros que están enlazados y que, si uno se desenlaza, se desenlazan también los demás, utiliza este nudo en psicoanálisis para explicar las dimensiones de lo imaginario, lo simbólico y lo real en las que el sujeto se mueve. Aquí real se refiere no como realidad corpórea sino como dimensión de angustia incapaz de simbolizarse en la palabra.

ella no quería, “quizá por prejuicios, y no sé si tiene algo que ver con mi enfermedad”, comenta tiempo después, donde empieza a preguntarse por la relación entre el vínculo con su hijo y su implicación en lo que le sucede a su cuerpo. Más adelante aparecen recuerdos de las demandas paternas y las frustraciones “que la dejaron sin energía” y, sin realizar una correlación biunívoca entre síntoma y recuerdo, empieza a aceptar su implicación subjetiva en la enfermedad. R. estuvo en tratamiento cerca de un año y el final-interrupción del tratamiento se dio en el entrecruce de tiempos personales e institucionales, con una tensión más o menos marcada en ambos niveles. La finalización se produjo, ocurrió, tal vez como ella lo dijo, “hasta aquí llego”. Esto no es poco, ni es mucho, ya que el carácter de un final en el tratamiento psicoanalítico no se inscribe en términos de progreso hacia algún objetivo ideal, en lo que se refiere a su dimensión de acto pone en juego una separación que permite el cambio de posición subjetiva como posibilidad, de ahí que el duelo suela teñir singularmente esta experiencia.

Estas breves viñetas solo revelan síntomas que, cimentadas en la nosografía psicoanalítica clásica, se han intensificado en la cultura actual. En todas estas formas de enfermar encontramos una articulación del cuerpo, el goce y la pulsión que nos hablan de ese “más allá del principio del placer” que ocasiona sufrimiento y pulsión de muerte, constituyen de algún modo una expresión de rechazo al Otro por no ser perfecto, por no ofrecer garantías ni estar completo, por tener una falta que remite inevitablemente a la falta-carencia de cada sujeto y que incide no solo en el sujeto mismo, sino en sus vínculos con los otros.

Los malestares de hoy, presentan una sintomatología en la que el adentro-afuera están presentes de manera continua, lo individual y lo social se entretajan, mundo interno-externo son solo polarizaciones que revisten un viejo paradigma del pensamiento acerca de las “causas” del enfermar que constriñe su posibilidad de incidir en la realidad que vivimos. La apuesta por la construcción del deseo subjetivo se plantea como hipótesis en esas causas de malestar y enfermedad. Rescatar el deseo subjetivo, implica un movimiento hacia el vacío para bordearlo, no taponarlo con objetos de consumo, implica nombrarlo, simbolizar lo que falta y aceptar lo que no hay, desde ahí construir el vínculo con los otros, no al revés.

1.2. Violencia social, violencia sexual

El sistema que sostiene a la sociedad actual es violento, impide el movimiento subjetivo a favor del control de las masas, obtura el deseo del sujeto y su vacío con objetos de todo tipo y los vínculos, lejos de confirmarle en su subjetividad autónoma acaba fundiéndolo y confundiéndolo con los objetos que ofrece para su bienestar. La realidad de la violencia nunca ha sido algo nuevo, es connatural al ser humano desde siempre, sus impulsos destructivos son parte de los impulsos más primitivos que nunca han dejado de existir y, a lo largo de la historia, las construcciones culturales han tenido que preservar la vida a costa de su sacrificio. Sin embargo, la violencia en la actualidad ha tomado tintes intensos constituyendo uno de los signos evidentes de crisis en los vínculos sociales que, como fenómeno social tiene efectos preocupantes en todos los ámbitos familiar, interpersonal, comunitario, social, e internacional.

El estudio de la violencia presenta dificultades a la hora de tener una definición precisa, por lo que debido a su multiplicidad, en ocasiones se prefiere hablar de violencias en plural y no de la violencia en singular. Sin embargo, intervienen en su definición elementos comunes como el uso de la fuerza abierta u oculta que va contra la voluntad del sujeto violentado, ejerciendo coerción, negación de la dignidad y libertad humanas para decidir sobre los propios comportamientos. Las teorías sobre el surgimiento de la violencia ofrecen múltiples explicaciones que dan cuenta de la complejidad del fenómeno en el que participan múltiples factores que interactúan entre si y que revelan la diversidad de matices para su abordaje. Su estudio y su comprensión, representa un desafío para la búsqueda de una epistemología de fronteras que entraña un nivel de complejidad no abordable solo por una sola disciplina, ciencia o tratamiento, suponiendo que con ello, podrán encontrarse vías de solución o al menos una intervención que disminuya las interacciones dañinas que afecten la integridad de las personas.

Entre las múltiples dimensiones de la violencia podríamos mencionar a la dimensión social y antropológica que remite a la mayoría de los aspectos de la experiencia humana, pues como bien menciona Freud, “los conflictos de intereses entre los hombres se zanján en principio mediante la violencia... vence quien

tiene mejores armas o las emplea con más destreza”⁵³ lo que revela el establecimiento cotidiano de las relaciones de poder cuyos efectos son la opresión, autoritarismo y discriminación, para los que se han buscado diferentes formas de combatirlos.

Hay violencias que permean la sociedad silenciosamente y que por muchos siglos no han sido noticia, como la violencia sexual que se ha ejercido por derecho y la mayoría de las personas afectadas han asumido en silencio las consecuencias. Con la llegada del posmodernismo se ha dado importancia a la individualidad y a los derechos humanos, y es entonces que ha llegado a ser noticia, pero sin ocupar aun un lugar protagónico, pues esta violencia cómplice promueve cierto grado de inconciencia donde “ya no es la violencia de un individuo la que se impone, sino la de la comunidad”⁵⁴.

En definitiva, el ser humano ejerce y experimenta la violencia a nivel individual y a nivel del grupo social en el que se ve inserto, haciendo evidentes los conflictos subjetivos, íntimos y en relación, como en banda de Moebius,⁵⁵ según explicó Lacan con el término de *éxtimo* para hablar de la íntima conexión de lo íntimo con lo exterior. El saber social sobre la violencia tiene muchos matices, desde lo macro hasta lo micro, desde niveles amplios a niveles particulares, donde las diferentes disciplinas han realizado aportes para su comprensión y tratamiento. En este contexto, el psicoanálisis no solo aborda los aspectos y manifestaciones sociales y culturales de la violencia, sino sobre todo, los aspectos intrapsíquicos que los constituyen.

Al escribir Freud “Más allá del principio del placer” en 1920, intentó explicar cómo los procesos anímicos de los seres humanos están comandados por el *principio del placer* y la evitación de todo aquello que provoca displacer. Todo lo que inhibe este principio tiene el carácter de una prohibición que provoca una tensión en orden al cumplimiento de una ley, donde el yo de cada sujeto se adhiere a través del *principio de realidad* a las demandas y normas sociales que rigen la convivencia humana y que “sin resignar el propósito de una ganancia final de placer, exige y consigue posponer la satisfacción, renunciar a diversas

⁵³ Freud, S. (1932) “¿Por qué la guerra? (Einstein y Freud)” en *Obras Completas*, T.XII, p. 188. Buenos Aires: Amorrortu

⁵⁴ *Idem*, p. 189

⁵⁵ *Cfr. Nota*, cita 3, p.

posibilidades de lograrla y tolerar provisionalmente el displacer en el largo rodeo hacia el placer”.⁵⁶

Esta resignación del principio del placer por el principio de realidad es lo que Freud llama el proceso de la *represión*, donde a las pulsiones se les corta la posibilidad de alcanzar una satisfacción inmediata. “Y luego consiguen (como fácilmente sucede en el caso de las pulsiones sexuales reprimidas) procurarse por ciertos rodeos una satisfacción directa o sustitutiva, este éxito, que normalmente habría sido una posibilidad de placer, es sentido por el yo como displacer... todo displacer neurótico es de esa índole, un placer que no puede ser sentido como tal”. Esos rodeos por los que el yo se procura placer, pueden provocar en cambio displacer como en los casos expuestos anteriormente, y este anudamiento constituye el sentido de los comportamientos y experiencias que provocan dolor, síntomas que afectan su relación consigo mismo, con los otros y con el entorno.

Para explicar las interacciones de los síntomas con la cultura, Freud afirma en 1927 con “El porvenir de una ilusión” que: “...toda cultura debe edificarse sobre una compulsión y una renuncia de lo pulsional” confirmando que en la edificación de la cultura, la compulsión al trabajo implica y propicia la renuncia a las satisfacciones pulsionales resaltando la capacidad humana de interiorizar lo que viene del exterior, léase prohibiciones, mandatos, reglas de convivencia social que se asimilan a través de esa instancia anímica particular que constituye lo que Freud denominó el Superyó del ser humano. “Este fortalecimiento del superyó es un patrimonio psicológico de la cultura, de supremo valor. Las personas en quienes se consume se transforman, de enemigos de la cultura, en portadores de ella”. Sin embargo, las pulsiones que pueden ser destructivas no se eliminan con el fortalecimiento de la cultura, ya que “en todos los seres humanos están presentes unas tendencias destructivas, vale decir, antisociales y anticulturales y que en gran número de personas poseen suficiente fuerza para determinar su conducta en la sociedad humana”.⁵⁷

Pierre Bourdieu en su obra sobre “La dominación masculina”⁵⁸, aborda el problema de la dominación desde el punto de vista más amplio de la cultura,

⁵⁶ Freud, S. (1920) “Más allá del principio del placer”, *Op. Cit.* T XVIII, p. 10

⁵⁷ Freud, S. (1927) El porvenir de una ilusión. *Op. Cit.* T XXI, p. 7, 11.

⁵⁸ Bourdieu, Pierre. (2000) “La dominación masculina”. Barcelona: Anagrama

enfatisa la importancia de la lucha y el conflicto en el funcionamiento de la sociedad. Su visión plantea que estos conflictos se enraízan en las jerarquías de los distintos ámbitos sociales y tienden a la permanencia de los esquemas de dominación. Desde esta perspectiva, para Freud los mecanismos de dominación-sujeción son productos culturales que provocan malestar y confusión, que no hay masculinidad sin feminidad y viceversa, que no existen ambos estados puros ni psíquica ni biológicamente, sino mezclados. En Tres ensayos sobre Teoría sexual,⁵⁹ plantea la experiencia de la pulsión en la sexualidad humana y explica el surgimiento de las perversiones, la importancia de la sexualidad en la construcción de la subjetividad.

Estas visiones, entre otras, hacen patentes los múltiples cambios sociales que han dado lugar a la modificación de la constitución familiar y sus interacciones: familias monoparentales, divorcios y segundas nupcias, los matrimonios precipitados, el cambio de valores y costumbres sexuales, aislamiento social, confusión de roles y miedo al abandono, aunados a los males de la época como la desigualdad de género, la desigualdad económica, política y legal, así como la desorganización social dan pie a la legitimización de la violencia. Desde este contexto, pasemos a dilucidar un tipo de violencia particular, el problema de la violencia sexual, de donde se desprenderán después los casos clínicos a plantear y sus coordenadas teóricas.

Este tipo de violencia se expande desde un nivel dual a un grave problema social que afecta principalmente a las mujeres y es suma relevancia al igual que otros problemas sociales y en el cual, México ocupa un porcentaje importante de víctimas, mujeres y niños en su mayoría. Una dinámica familiar poco clara, confusa o con características incestuosas en las relaciones, producto de repeticiones anteriores: subjetividad atravesada por la pulsión sexual, infancia permeada por la sexualidad, padres con dificultad de asumir el rol de tales, de poner límites en sus interacciones mutuas, o que repiten un abuso de la infancia, donde existe carencia de satisfacciones y necesidad de ser cubiertas de alguna manera.⁶⁰ Las relaciones entre los seres humanos están plagadas de necesidad de reconocimiento y por ello, de dominación y sometimiento, que dan origen a

⁵⁹ Freud, S. (1905) Tres ensayos sobre teoría sexual, *Op. Cit.* T. VII

⁶⁰ Sullivan, D., Everstine, L. (1997) *El sexo que se calla*. México: Pax.

formas de abuso en las que existen al menos dos participantes: el agresor y la víctima que determinan los papeles de dominio y sumisión respectivamente, significantes de la actualidad que no niegan el rol activo de los participantes.

Las personas que se encuentran sumergidas en situaciones crónicas de violencia sexual presentan un debilitamiento progresivo de los vínculos libidinales y los lazos comunitarios en su integración en la dinámica social, que se traducen además de algunos de los malestares mencionados anteriormente como el bajo rendimiento laboral, la depresión o las enfermedades psicosomáticas, también desarrollan actitudes que van desde el rechazo al sexo opuesto y/o de inversión en la elección de objeto sexual posteriormente, hasta convertirse en agresores en la edad adulta, así como el mantener una posición subjetiva de victimización que se expande a todos los ámbitos de su cotidianidad⁶¹.

Considerar la complejidad del fenómeno de la violencia sexual y su tratamiento, ha generado un reto interdisciplinar que al mismo tiempo es riesgo para la constitución subjetiva, debido a que las múltiples intervenciones suelen ser institucionales, totalizadoras y poco preocupadas por el discurso individual del sujeto implicado. En el tratamiento institucional se abordan las causas del fenómeno y sus consecuencias desde dos dimensiones, la primera para trabajar el contexto, la psique y la historia de cada sujeto violento o violentado y, la segunda, los efectos en el ámbito de las relaciones interpersonales y sociales. Sin embargo, en el tratamiento ambas dimensiones son abordadas en orden diverso y por distintas disciplinas, lo que en ocasiones puede producir en el sujeto confusión y la sensación de que su intimidad siempre está expuesta. En el abordaje de la violencia sexual desde el ámbito institucional, plantea tres ángulos: a) la clasificación de los tipos de violencia sexual, b) los actores involucrados y c) los niveles de victimización.

El ejercicio clínico que formó parte de la propia formación psicológica y psicoanalítica, se abocó al tratamiento de la violación y del abuso sexual como parte de los tipos de violencia sexual que constituía el quehacer institucional y de los cuales se derivarán en el presente trabajo las coordenadas teóricas que se exponen. Clarifiquemos algunos términos.

⁶¹ Cfr. Castro, G. (2014) "El malestar social y sus síntomas. Desafío para la clínica actual", en *Zohn Muldoon, T. (Coord) Op. Cit.*

La violación como un acto sexual forzado, se refiere –al uso de la fuerza y sin consentimiento de la víctima–, a la penetración genital, anal u oral de una parte del cuerpo del sujeto. La falta de consentimiento incluye la incapacidad para otorgarlo debido a función mental alterada producida por alcohol, drogas, sueño o inconsciencia.⁶²

Existen mitos alrededor de la violación profundamente arraigados en la mentalidad popular y difundidos por los medios de comunicación, en ellos se ven reflejadas ideologías sexistas, crisis de valores y parcialidad en la visión de la problemática. Como con todo mito, los existentes alrededor de la violencia sexual, cumplen una función de significación vital para la sociedad que contribuye a determinar y, hasta cierto punto justificar el comportamiento de los involucrados. Los mitos más comunes giran en torno al concepto como una falsa idea, de que la violación es un acto sexual en búsqueda de placer por parte del agresor. Sin embargo, el agresor generalmente busca ubicarse en una posición de poder, control y dominio de la mujer a la que somete, humilla y degrada, es esto lo que le produce placer. Se cree también que el agresor es un extraño, pervertido o con algún trastorno mental, sin embargo, más de un tercio de las víctimas conocen al hombre que las viola.

La idea de que la causa de la violación es provocada por la mujer, es muy divulgada, sin embargo, en caso de serlo, no podría hablarse de violación sino de seducción, que no tiene que ver con un acto violento en contra de ella misma. Este mito afecta el trato que recibe la mujer tanto en el examen médico, el proceso legal y el mismo tratamiento psicológico, por lo cual se pretende a nivel institucional detectar la veracidad de los informes a través de la sintomatología presentada, de exámenes médicos y estado psicológico de la víctima.

Por otro lado, se tiene la idea de que la violación solo ocurre en las calles, lugares cerrados y de noche, sin embargo también ocurren dentro de la residencia de la víctima, en lugares abiertos y a plena luz del día. Otra falsa idea de que si la mujer se defendiera y ofreciera resistencia podría evitar la violación, o bien la de asumir una actitud de sumisión puede disuadir al violador que lleva a cabo su agresión. El sometimiento o la resistencia no determinan las reacciones

⁶² Castro, G. (2000) “Apuntes sobre el curso de Terapia del abuso sexual”. México: Adivac.

del agresor atravesado por sus propios fantasmas, hay quienes con una u otra actitud de la víctima se violentan aún más, por lo que no hay opciones que garanticen que la violación no va a ocurrir. Incluso persiste la ingenua idea de que poniendo mayor vigilancia en las calles se evitarían las violaciones, cuando muchos de los agresores son policías o personas con autoridad en la sociedad.

Del lado de quien sufre la agresión, el impacto inicial es físico y psicológico, suele ser de incredulidad y paralizarse sin conseguir reaccionar, seguido de respuestas fisiológicas de aceleración cardíaca, temblores y respiración rápida, mismas que pueden ser confundidas con las de la excitación sexual. Las reacciones emocionales son intensas, pasan por la incredulidad, el miedo, la indefensión, la angustia, la cólera, la culpa y la vergüenza, el bloqueo, la negación, el enojo, la impotencia, la sensación de humillación. Los síntomas psicológicos y somáticos pueden ser demasiado agudos para suprimirlos. Se pueden presentar trastornos de sueño como insomnio o pesadillas, sueños y recuerdos recurrentes, fobias, depresión, labilidad emocional y sentimientos de auto devaluación que desembocan en conflictos relacionales, evasión de la actividad sexual, conflictos afectivos y laborales.⁶³

La violación no solo acontece en un contexto sorpresivo, sino también en el ámbito conyugal, donde la cotidianidad, familiaridad y vínculo afectivo entre los participantes tienden a velar el acto violento, aceptado en muchos casos, en aras a una situación fundada en criterios sociales de pertenencia que justifica el abuso emocional que lo precede,⁶⁴ y que está vinculada a la historia de los cónyuges, sus ideas respecto del vínculo matrimonial y a la posición social respecto a la concepción de género en que fueron educados. En los relatos de los diversos sujetos atendidos se revelan muchas veces, sucesos vinculados a eventos traumáticos en la infancia: abusos sexuales y emocionales reiterados en los que la posición subjetiva de quien consulta ha sido siempre la misma, la de una víctima que sufre y goza de sus efectos paralizantes sin la menor conciencia de su participación responsable en el mantenimiento de esa posición que precede y

⁶³ Cfr. Fischman, Y. (2000) "Mujer, sexualidad y trauma". Buenos Aires: Lugar Editorial.

⁶⁴ Cáceres Carrasco, J. (2004) "Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: papel del contexto". Clínica y Salud, vol. 15, núm. 1, 2004, pp. 33-54. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid, España.
Recuperado <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180617820002>.

contribuye al acto violento. De cualquier modo, la violación no deja de ser un evento traumático cuyos efectos alcanzan la relación que se tenga consigo mismo y con el género opuesto, amén de que pueden persistir durante largo tiempo y afectar otras áreas de la vida.

El abuso sexual considerado en cambio, como la erotización inapropiada en tiempo y forma, es decir, como un acto encaminado a estimularse o gratificarse sexualmente utilizando a un menor de edad y en formas inadecuadas para la edad de los participantes. Este acto puede ser llevado a cabo por un adulto hacia un adolescente, de un adulto a un niño o de un adolescente a un niño, en cuyo caso, el primero ha de llevarle más de 5 años al menor.

Frecuentemente, el abuso sexual es proveniente de algún miembro de la familia y ha ocurrido por lo general en la infancia de la persona adulta que consulta y conlleva secuelas psíquicas que alteran los vínculos posteriores. El comportamiento sexual abusivo pudo haber tenido distintos tipos y grados, desde mostrar el cuerpo desnudo, exponer los genitales, pedir y hacer tocamientos inapropiados al menor, hasta mostrar material pornográfico y realizar diversos tipos de penetración, actos que pudieron presentarse uno o varios combinados. Acciones abusivas cuyas consecuencias redundan en comportamientos poco favorables para su desenvolvimiento social.

En cuanto al abuso, también existen mitos que han ayudado en cierta medida a justificar los actos abusivos de quien los comete, entre los cuales se cree que los abusadores son enfermos mentales, locos y perversos sexuales ajenos al círculo familiar. Aunque no se excluyen, frecuentemente se trata de amigos, vecinos o parientes del niño abusado. En oposición a la violación, los abusadores no suelen ser brutales ni sádicos, sino seductores, suelen utilizar la autoridad que se pueda tener sobre el menor o el encanto para ganar la confianza, cooperación o por lo menos el asentimiento pasivo del niño. Se cree también que los niños pueden provocar tales eventos y ser sexualmente provocativos, sin embargo, los niños emocionalmente necesitados o abandonados pueden compensar sus carencias afectivas buscando agradar a un adulto obedeciendo, respondiendo a las proposiciones sexuales, abiertas o encubiertas que éste les hace. El adulto

por su misma maduración mental y emocional es responsable de sus propios actos sexuales.⁶⁵

Luego de desplegar definiciones y algunos mitos de ambos tipos de violencia sexual, podemos constatar por la experiencia clínica que los efectos de la violación y del abuso sexual afectan la calidad de vida provocando aislamiento, debilitamiento de lazos y vínculos interpersonales, afectan los enlaces libidinales, el funcionamiento sexual y las relaciones de pareja ante la incompreensión sobre los efectos del evento en la persona afectada. En cuanto a los abusos hacia los hombres, ocurren generalmente en la infancia y generalmente por otros hombres que utilizan las mismas tácticas de abuso hacia las mujeres y los niños.

A pesar de las luchas sociales para el rescate de sus derechos, estos eventos persisten en la sociedad actual al igual que un alto rango de desigualdad entre hombres y mujeres que conlleva injusticia social.⁶⁶ Las preguntas persisten también, ¿será posible transformar de algún modo el vínculo violento?, ¿se puede transformar este “síntoma” en otra cosa?

Siguiendo a Perrone y Rannini (1997) consideramos pertinente partir de las premisas con las que analizan la violencia sexual: 1) Primera: la violencia no es un fenómeno individual sino la manifestación de un fenómeno interaccional. La esfera de lo intrapsíquico se da en un contexto relacional. 2) Segunda: todos cuantos participan en una interacción se hallan implicados y son responsables (interaccional, no legalmente), al comportarse de un modo determinado se vuelven actores “responsables” de la aparición de la violencia. 3) Tercera: todo individuo adulto, con capacidad suficiente para vivir de modo autónomo, es el garante de su propia seguridad. Si no asume esta responsabilidad, estimula los aspectos incontrolados y violentos de la otra persona, con lo que organiza y alimenta una interacción de carácter violento. 4) Cuarta: cualquier individuo puede llegar a ser violento, con diferentes modalidades o manifestaciones. La violencia y la no violencia, más que estados opuestos y excluyentes, corresponden a una situación de equilibrio inestable en un mismo individuo.⁶⁷

⁶⁵ Castro, G. (2000) “Apuntes sobre el curso de Terapia del abuso sexual”. México: Adivac.

⁶⁶ Martínez Rodríguez, L. (2008) *Modelo de Capacitación para sentir, atender y prevenir la violencia familiar, sexual y de género, para profesionales*. México: Adivac.

⁶⁷ Perrone R.; Nannini M. (1997) *Violencia y abusos sexuales en la familia*. México: Paidós, p.28-29.

Sabiendo que todo ser humano puede ser violento, no existe un perfil determinante para cada uno de los participantes, la relación dominio-sumisión pasa por los fantasmas particulares que se han originado en la historia de cada sujeto por lo que otorga características singulares para cada participante: la víctima puede ser una persona vulnerable, pasiva, complaciente, dependiente, a la cual, pese a sus esfuerzos, le ha costado escapar de la dura situación abusiva, con incapacidad física y/o emocional para defenderse y denunciar la situación en la que se encuentran. El agresor o victimario es frecuentemente activo y dominante.

Parece pertinente distinguir la violencia como tal, de la agresividad necesaria para “defender el territorio” personal y poner límites a los intentos invasivos del otro. La primera, desdibuja los límites del territorio propio y los del otro, los vuelve confusos e invade la relación. La agresividad en cambio intenta mantener los límites y de hecho, es la respuesta agresiva la que pone de manifiesto, la posibilidad de detención del acto violento. Desde esta perspectiva, cada individuo es responsable del rol que asume que, aunque esté influido por las circunstancias y la historia de vida, es responsable de sus propios comportamientos.

En los múltiples casos de violencia y abuso sexual, la experiencia que emerge roza la dimensión de lo real,⁶⁸ difícil de simbolizar, donde “víctima” y “victimización” son dos significantes alrededor de los cuales se ha construido socialmente una categorización de comportamientos y una justificación del sistema que los sostiene y, quien vive este tipo de eventos los refuerza con su propia posición subjetiva. Se es víctima cuando se sufre el hecho (victimización primaria), se es víctima cuando se pide ayuda y los agentes que supuestamente deben ayudar refuerzan el daño (victimización secundaria), por lo que, podemos definir el abuso como una situación que no es accidental, los actores, las circunstancias y las expectativas se entretajan como parte de un evento co-participativo y corresponsable.

Dirigirse a un Otro supuesto garante de la seguridad social, además de provocar frustración, muestra su incompletud e incompetencia donde la acción

⁶⁸ Planteada por Lacan, como aquella dimensión en donde hay algo de la experiencia subjetiva imposible decir, de simbolizar y asimilar.

colaborativa interinstitucional para la solución de la violencia no ha mostrado los mejores resultados, ya que puede, desde la dimensión imaginaria, presentar desafíos a las instituciones sociales y sus programas, pero el arraigo simbólico de los significantes “víctima” y “victimización” que no son abordados ni elaborados impiden una transformación social de los vínculos dados. Los mitos creados desde esta dimensión de lo simbólico refuerzan continuamente un tipo de lazo que perpetúa este anudamiento significativo e impide de alguna manera responder a la interpelación subjetiva por el tipo de lazo creado.

1.3. Salud y la enfermedad: ¿nudo o desenlace?

Los actores involucrados en la violencia sexual, las causas y los efectos pueden desembocar en la pregunta sobre la salud mental, sobre la normalidad en el comportamiento y sus desviaciones patológicas, problemas que han atravesado la historia del pensamiento sobre el hombre bajo diferentes ángulos: histórico, filosófico, antropológico, médico, sociológico, psicológico y psicoanalítico, que debieran promover el diálogo más que la parcialización de un discurso verdadero sobre la condición humana. La violencia social y la violencia sexual son signos sociales, cuyos síntomas persisten y crean síndromes complejos en la realidad social, que se entretajan con visiones culturales imperantes y otras tantas heredadas que funcionan como restos que, paradójicamente también son su motor. Hablar de signos, síntomas y síndromes, nos remite al nudo simbólico creado por el lenguaje, en particular por los conceptos de determinismo, normalidad, salud y enfermedad.

Los orígenes de la psicología se remontan en la filosofía, cuando con ayuda de la mitología y de la religión el ser humano intentaba responder a las preguntas que han atravesado a la humanidad sobre su existencia, su comportamiento y desenvolvimiento en el mundo. Todo lo referido a los síntomas que se padecían se resolvía con la ayuda de la medicina. El desprendimiento de la psicología de la religión y de la filosofía surge en el siglo XIX, cuando se intenta sistematizar un saber propio sobre el comportamiento humano, a través de fenómenos observables y medibles, lo que la convierte en una disciplina experimental, donde la norma aportada por la estadística contribuye a la

formación de los criterios de normalidad en los comportamientos humanos. El establecimiento de los criterios universales de salud hace que tenga con la medicina una relación estructural, donde la psicología aporta el correlato psíquico consciente que puede encontrarse en una visión médico-patológica.

Pero la Filosofía no ha dejado de interpelar este campo, Foucault, desde sus primeros escritos como *Enfermedad Mental y Personalidad* aborda la problemática de ese status de enfermedad mental y sus límites con la personalidad de los sujetos, en *Arqueología del Saber*, retoma las rupturas y discontinuidades en la historia enfatizando las relaciones de poder que permiten definir el modo de concebir el trato a los enfermos mentales en cada época, mismos que desarrolla en su obra *Historia de la Locura*. En *El poder psiquiátrico*, destaca los ejes del poder, la verdad y la subjetivación en la consideración de la disciplina psiquiátrica, sus profesionales, sus métodos terapéuticos, sus leyes, y sus dispositivos en el tratamiento de las enfermedades mentales.

Estas obras son parte de los cuestionamientos constantes sobre las concepciones sobre salud y enfermedad y los límites entre lo normal y lo patológico, que permean lo social y plantean también los problemas que lindan con el determinismo,⁶⁹ todos ellos fundamentales en el ámbito médico, pero ni la literatura ni la biología han profundizado tanto en ellos como la filosofía de la ciencia, abordaje que hemos visto desde el inicio en las definiciones presentadas respecto de síntoma, signo y síndrome, parten del ámbito médico,⁷⁰ en cuyo trayecto es importante considerar algunas de las concepciones de salud y enfermedad a lo largo de la historia.

Luque y Villagrán, por su parte, exponen de modo conciso este trayecto resaltando por un lado el esencialismo que por mucho tiempo detentó la ontología médica, perspectiva desde la que se presenta la enfermedad como una esencia que existe en sí misma, identificando sus causas con los órganos específicos del cuerpo, conformando así una entidad clínica y manteniendo posiciones ontológicas radicales. Y, el nominalismo que negaba las enfermedades como entidades esenciales, el mismo Hipócrates era defensor de ésta postura,

⁶⁹ Hacking, Ian. (2006) "El estado normal", en *La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*. Barcelona: Gedisa

⁷⁰ Cfr. Nota, 1.a. La sociedad y sus síntomas, p. 28

Rousseau mantuvo una concepción etiológica multifactorial afirmando que no hay enfermedades sino enfermos, dando paso así al carácter subjetivo de la enfermedad. En este ir y venir entre lo objetivo de la enfermedad ubicada en un órgano específico del cuerpo y lo subjetivo del acto de enfermar, se llegó posteriormente a la solución mediada por la estadística, donde el concepto de normalidad dependía del número de casos de enfermedad, sin dejar de considerar el aspecto biológico de la misma.⁷¹

La llegada del invento Freudiano sacudió los cimientos de la psicología, la sacó del lugar que tenía como rama de la filosofía y cuestionando la relación estructural con la medicina como teoría médico-psicopatológica, para fundar una novedosa práctica que irrumpió en la historia de la humanidad. Al descubrir Freud la multicausalidad de los síntomas y la importancia de la historia del paciente, pretendía levantar la amnesia infantil, no como un objetivo en sí mismo, sino como el camino para las modificaciones sintomáticas que vendrían por añadidura cuando el paciente comenzara a hablar.

Por otro lado, también está la construcción social de la enfermedad que considera no solo el aspecto fisiológico, sino psicológico y social en el surgimiento de la enfermedad, lo que pone en cuestión la posición positivista radical de la misma, que en la actualidad resurge con fuerza para legitimarse nuevamente. Las disciplinas que abordan la salud mental de los individuos son la psiquiatría, la psicoterapia y el psicoanálisis cuyas visiones y tratamientos difieren entre sí y tienen objetivos distintos en la emisión de un diagnóstico y de un tratamiento para los síntomas individuales y sociales de nuestra época.

Para tratar las diferencias entre las diversas disciplinas, es importante considerar primero su concepción de síntoma, ya que a fin de cuentas, es lo que trabajan, ya sea para eliminarlo, estabilizarlo o entretenerlo con el deseo. Este nudo de salud y enfermedad, nos lleva a diferenciar la concepción de síntoma, diagnóstico y tratamiento respecto de lo que afecta al individuo en todos los ámbitos de su vida. El siguiente cuadro intenta concentrar estas diferencias respecto de la concepción del síntoma.

⁷¹ Cfr. Luque, Rogelio y Villagrán, José M. (2000) *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*, Trotta, Madrid

Cuadro 1.1. Algunas diferencias sobre la concepción del síntoma.⁷²

Síntoma	Psiquiatría	Psicoterapia	Psicoanálisis
Definición	<ul style="list-style-type: none"> Objeto insoslayable del interés psiquiátrico, el síntoma es propio de la enfermedad, no del sujeto. El decir del paciente sobre su enfermedad. El síntoma es una contingencia sin interés psicológico. 	<ul style="list-style-type: none"> El decir del paciente sobre su enfermedad. Lo psicológico se centra en la percepción, juicio y emoción respecto de la enfermedad. Tiene sus raíces en la enfermedad y la experiencia propia en el enfermo. 	<ul style="list-style-type: none"> El síntoma es simbólico, es el fracaso de la represión, se articula a la historia del sujeto, es parte del sujeto y no de la enfermedad. El síntoma es expresión de un conflicto psíquico, una formación de compromiso y expresión de una realización de deseos. El decir del paciente sobre su enfermedad.
Correlato	<ul style="list-style-type: none"> Es meramente descriptivo, se fija en formas puramente orgánicas y se corrobora en los signos fisiológicos detectados por el médico. 	<ul style="list-style-type: none"> Se fija en la forma orgánica como expresión psicológica y emocional, desde un correlato consciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Se fija en los “tropiezos” de la historización del síntoma y su correlato inconsciente. El síntoma es significado de un deseo inconsciente (Freud) y tiene valor significante (Lacan).
Relaciones	<ul style="list-style-type: none"> El síntoma incrustado en el orden de lo somático, expresa la realización de una lesión en las funciones vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> El síntoma incrustado en el orden de lo psicósomático, expresa relaciones emocionales en relación a lo somático. 	<ul style="list-style-type: none"> El síntoma incrustado en el orden psíquico inconsciente, se expresa en lo somático, lo psíquico y lo conductual.
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> Investiga en la historia familiar una posible predisposición hereditaria. Realiza una anamnesis. Busca causas fisiológicas 	<ul style="list-style-type: none"> Investiga la historia familiar y una posible predisposición hereditaria. Anuda los componentes perceptuales y emocionales. 	<ul style="list-style-type: none"> El síntoma cuenta con una historia del sujeto y su enfermedad. Síntoma como satisfacción sexual substitutiva. El síntoma como fantasía inconsciente al servicio del cumplimiento de deseos. Constituye la expresión de un conflicto psíquico.

⁷² Cuadro elaborado a partir de los textos: Dör, Joel (2006). “Diagnóstico y estructura” en *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires, Amorrortu, y del texto de Freud, S. “Conferencia 16: Psiquiatría y Psicoanálisis”, en *Obras Completas*. Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu.

Síntoma	Psiquiatría	Psicoterapia	Psicoanálisis
Conflicto	<ul style="list-style-type: none"> Las acciones derivadas del síntoma parecen ser algo indiferente, pero permanece la importancia de la envoltura del síntoma que se impone. 	<ul style="list-style-type: none"> El conflicto psíquico consciente manifestado en lo somático y lo conductual, se encuentra en las ideas irracionales sobre la experiencia y los aprendizajes previos respecto de las respuestas emocionales ante el conflicto. 	<ul style="list-style-type: none"> Afección de lo simbólico sobre lo real. Es una formación de compromiso entre el deseo y la censura. El síntoma posee un sentido y un propósito, pertenece al anudamiento de un conflicto anímico. Escucha el conflicto psíquico en la historización que el sujeto hace de su propio síntoma.
Origen- etiología	<ul style="list-style-type: none"> Proporciona una etiología general y remota. Se basa en datos orgánicos. Es una mirada a la lesión delimitada en el sustrato anatómico. 	<ul style="list-style-type: none"> Etiología en los procesos de aprendizaje y las relaciones del sujeto con su entorno. Considera el correlato orgánico y emocional consciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Conflicto psíquico. La formación del síntoma es tributaria a la palabra y al lenguaje. Síntomas predeterminados: ligada a la acción del proceso primario. Los síntomas se forman mediante los mismos mecanismos del sueño: condensación, desplazamiento, vuelta en lo contrario.
Características	<ul style="list-style-type: none"> Es observable, cuantificable de acuerdo a su investigación estadística para su clasificación en las enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> Es observable, cuantificable de acuerdo a su investigación estadística para su clasificación en las enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> El síntoma se escucha en el sentido del discurso que se realiza sobre él. Es sobredeterminado y multicausal. Tiene un sentido.
Expresión	<ul style="list-style-type: none"> El síntoma se convierte en signo bajo un mundo sensible bajo la mirada de la diferencia, la simultaneidad, la sucesión o la frecuencia. 	<ul style="list-style-type: none"> El síntoma revela la relación perceptual y emocional de la persona con su realidad. 	<ul style="list-style-type: none"> El síntoma revela principalmente la relación del sujeto con el inconsciente. Expresión posible mediante sueños. Es la expresión del conflicto psíquico y tiene valor como formación de compromiso, transacción entre las fuerzas opuestas. Componentes constitutivos son tributarios a la fantasía del inconsciente.

La noción de síntoma en las tres disciplinas presenta problemas de oposición entre lo objetivo y lo subjetivo, entre lo corporal y lo psíquico, entre el discurso científico y el discurso subjetivo, entre el saber del médico y el saber del enfermo sobre su enfermedad, incluso entre los hechos de la propia historia del sujeto, entre aquellos que realmente sucedieron y aquellos que recuerda como propios, oposiciones que proporcionan perspectivas diferentes y sin embargo, ninguna de ellas es inexistente, sino que, o miran o escuchan lo que sucede en la experiencia del enfermar. De esto se derivan también distintas posiciones de los profesionales frente al síntoma, que de alguna manera influyen también la posición del enfermo.

La visión psiquiátrica del síntoma considera en su tarea clasificatoria la visión del cuerpo anatómico y sus disfunciones y la posición del psiquiatra es sobre un saber consumado sobre el síntoma y su solución. El enfermo confía en el saber del psiquiatra, padece el síntoma como una afección corporal que lo excluye subjetivamente y aunque busca que se le escuche, el psiquiatra solo lo hace para verificar las pruebas objetivas de los signos de su padecer.

En la psicoterapia ocurre algo parecido, solo que en ésta, se trabaja mediante la palabra del enfermo, con sus relatos y sus emociones que se vinculan a sus padeceres físicos, sin embargo, se intenta objetivar los síntomas mediante pruebas para verificar si hay o no daño cerebral, pruebas de personalidad o percepción que remitan a un desajuste neurológico, en cuyo caso se remite al psiquiatra. Cuando no hay daño neurológico, el psicoterapeuta, se coloca en la misma posición que el psiquiatra, la de saber sobre lo que le sucede al paciente, solo que en este caso atribuye la enfermedad a los procesos de aprendizaje en su historia. Desde esta perspectiva, el enfermo espera que le dé un diagnóstico, le interprete lo que le pasa y le diga cuál es su problema, que le resuelva y le de las recetas de su actuar en el mundo para ser feliz.

En el psicoanálisis la cuestión opera de otro modo. El síntoma es consecuencia de un conflicto psíquico y el saber sobre el mismo está en el sujeto que consulta, el analista queda incluido en la estructura misma del síntoma. La visión psicoanalítica pasa del cuerpo anatómico al cuerpo sexuado, al cuerpo pulsional, donde lo disfuncional no está sólo en el cuerpo sino en lo simbólico como expresión particular de cada sujeto que “toma cuerpo”, el síntoma como acontecimiento del cuerpo sería la metáfora en donde “la carne” es capturada

como elemento significativo. El analista sabe sobre el inconsciente, pero no sobre el del sujeto que tiene enfrente hasta que no acceda a su palabra y hable de lo que le ocurre. La posición inicial del analista es de pregunta, de no saber, es de causa, de vacío, de deseo para que emerja el saber del sujeto sobre su síntoma. Conoce de resistencias y de ambivalencia frente al enfermar, sabe que el sujeto desea verse curado, pero también conoce las resistencias que lo mantienen en sus ganancias secundarias del padecimiento sintomático. El paciente goza el síntoma con una implicación subjetiva inconsciente, que el analista develará para remitir al sujeto la responsabilidad sobre el goce de su síntoma.

La psiquiatría y la psicoterapia marcan sus fronteras, la exclusión que hacen de la responsabilidad subjetiva, colocan al paciente en una posición de *pasividad* para su intervención, con la que permiten al sujeto aquejado refugiarse en la identificación con la entidad diagnóstica desde donde es evaluado con un saber preestablecido.

El psicoanálisis procede de otro modo, no apela al saber instituido del orden médico, sino a un saber conjetural. Donde la psiquiatría clasificaría síntomas visibles, el psicoanálisis escucha el simbolismo que se hace nudo en el cuerpo y en la mente del sujeto. Su análisis procede a la inversa de los criterios médicos, puesto que no considera el síntoma como una entidad nosográfica con carácter de universalidad sino que pone en juego lo singular en el sentido del síntoma y la particularidad del enlace de sus significaciones. El psicoanálisis plantea que el desarrollo de las distintas patologías no se polariza ni se da de manera aislada, es decir que, no se da solo al interior del sujeto como si los síntomas fueran un cuerpo extraño que extirpar en la cura, tampoco encuentra su etiología solo en el exterior, como si de virus contagioso se tratara, los síntomas “son la gota que derrama el vaso”, pero el vaso ya está lleno de otras cosas. Propone una cierta exigencia de *actividad* por parte del analizante para hablar de ellas, así como de su implicación inconsciente en la formación y el mantenimiento de sus síntomas. Por operar de un modo diferente, el psicoanálisis no pretende tomar el lugar de la filosofía, de la religión, de la pedagogía, de la psicología o de la medicina, no establece un ideal, ni técnico, ni científico, ni humanista, ni ideológico, subvierte todo aquello que tiene que ver con una autoridad que establece los criterios del comportamiento para apostar por el saber del sujeto sobre sí mismo.

El pensamiento epistemológico y su desarrollo es siempre incompleto, ningún saber lo abarca todo, sus sistemas son efímeros, históricos, incluidos los del psicoanálisis, pero en el desarrollo de las concepciones de la enfermedad mental, el nominalismo –pragmático y continuo de la psicopatologización– es el resultado de un desenlace histórico cuyo movimiento seguramente seguirá vigente por mucho tiempo, sin embargo lo que el psicoanálisis aporta, a lo que apuesta en todo esto es al paso de lo universal a lo singular de cada sujeto con existencia y significados propios en las metáforas de sus síntomas, a la consideración de la libido como fuerza de choque contra los mandatos culturales, que deja residuos subjetivos, marcas residuales, singulares.

El malestar social y cultural en cada época ha desembocado en diferentes manifestaciones de locura, nerviosidad o afecciones psicosomáticas, que forman la diversidad de síntomas que les son propios, y que cada individuo, atravesado por el lenguaje los hace presentes de manera particular, como dolorosos nudos en el cuerpo y en la mente que, pueden enlazarse de un modo distinto en el tratamiento de la palabra. En todas estos padeceres hay una gran dificultad para abandonar la ilusión de un goce completo y aceptar la carencia que provoca el deseo, ese deseo que requiere implicar al sujeto en su pregunta, pregunta por el deseo del Otro que mediante el trabajo de transferencia hace posible el proceso analítico. Desear más y gozar menos, implicaría al sujeto en el saber sobre su malestar y le daría la responsabilidad de saber hacer algo distinto con su síntoma, la posibilidad de transformar sus vínculos en otra cosa que no sea sufrimiento.

En el siguiente cuadro, se presentan algunas diferencias entre la psiquiatría y el psicoanálisis en torno al diagnóstico y a la metodología de trabajo con el síntoma, sin incluir la psicoterapia que es parte de la psicología, se adscribe a las ciencias de la salud y su concepción del diagnóstico deriva del de la psiquiatría. La psicoterapia añade a la mirada médica, pruebas psicológicas para su diagnóstico, trabaja aspectos emocionales del sujeto y su historia, la reelaboración perceptual y los procesos de re-aprendizaje. Y establece una clínica donde predomina la mirada respecto de la clasificación sintomática y se subordina la escucha mediante la conversación, el consejo y la dirección.

Cuadro 1.2. Algunas diferencias sobre la concepción del diagnóstico, el método y el tratamiento⁷³

	En psicoanálisis	En psiquiatría
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico es estructural y coyuntural. Es una conjetura, hipótesis sobre el trayecto subjetivo del enfermo. • A partir de manifestaciones sintomáticas no se deduce un diagnóstico seguro. No existe continuidad directa entre la sintomatología y la clasificación del diagnóstico. • Se construye por estratificaciones significantes sucesivas. • El diagnóstico estructural se basa en contenidos del discurso subjetivo. Atiende la singularidad de cada caso • Lo biológico es solo una manifestación de lo que sucede a nivel psíquico. • Dimensiones en el diagnóstico: Dimensión potencial (acto planeado, análisis) Dimensión de confirmación (suspensión de intervención terapéutica) y la Dimensión de tiempo (decisión del tratamiento) • Obedece a un determinismo y causalidad psíquica, no obedece leyes. • Adquisición de experiencia y herramientas subjetivas. • Dificultad de localización: confusiones en los indicadores clínicos. • Indicadores metapsicológicos son capaces de intervenir en la elaboración de diagnóstico, así como en la cura y dinámica resultante. • Historización del síntoma y develación de su sentido 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico descriptivo es objetivo. • En base a la clasificación psiquiátrica. El psiquiatra se conforma con el diagnóstico y el desarrollo ulterior. • Construye un saber precedido por la apreciación nosológica. • No es una conjetura, tiene que ver con el conocimiento observable de la psiquiatría. • Se plantea según dos perspectivas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diagnóstico etiológico (causas) ○ Diagnóstico diferencial • Buscar encontrar la patología en el cuerpo. • Pretende universalizar el conocimiento sobre la etiología del síntoma. • Requiere de un diagnóstico diferencial en el cuadro de los síntomas antes del diagnóstico definitivo. • Se basa en la observación y en la clasificación del síntoma. • Adquisición de conocimientos objetivos sobre la anatomía y fisiología humanas cuyas disfunciones provocan los síntomas en todos los casos. • El diagnóstico se basa en acuerdos culturales y legales sustentados en la investigación y en las estadísticas (DSM-IV y CIE-10)

⁷³ Cuadro elaborado a partir del texto: Dör, Joel (2006). "Diagnóstico y estructura" en *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires, Amorrortu.

	En psicoanálisis	En psiquiatría
Método	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de investigación: la escucha. Debe tener prioridad sobre el saber nosográfico y sobre racionalizaciones causalistas. • Se trabaja con la asociación libre, con el discurso del sujeto, lo que puede incluir verdad, mentira o fantasía. El contenido del discurso es relevante para conocer la estructura psíquica. • Es primordial el trabajo de la transferencia que se genera en la relación analista-paciente. • Se debe tomar en cuenta la causalidad psíquica y los efectos del inconsciente. • Trabajo con los significantes del discurso que mantienen sujeto al sujeto que lo padece. • Correlación entre síntoma e identificación diagnóstica supone una cadena de procesos intrapsíquicos e intersubjetivos que dependen de la dinámica del inconsciente. • Se espera escepticismo por parte del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema múltiple de investigación: <ul style="list-style-type: none"> ○ El método anamnésico tiene que ver con la historia clínica y los antecedentes hereditarios de la enfermedad en el paciente. ○ El diagnóstico es instrumental, se realiza mediante el examen del cuerpo del paciente. (exámenes biológicos) • No se cultiva ni se trabaja la transferencia que se genera con el saber del médico. • Obedece a un determinismo orgánico y causalista. • El poder del discurso es inválido. Es relevante en la medida en que se relaciona con los signos y pruebas biológicas realizadas. • Es previo al tratamiento farmacológico. Trabaja mediante la relación del diagnóstico con el fármaco. • Se propone establecer el pronóstico vital de la enfermedad, así como la elección del tratamiento.
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica de la escucha, se privilegia el análisis del discurso del paciente. Los síntomas se miran como consecuencia de lo que se escucha. • Relación entre diagnóstico y tratamiento que no pertenece al orden de la implicación lógica. • El diagnóstico no es definitivo, es una hipótesis que se confirma con el discurrir del tratamiento. • Suspende la puesta en acto de una intervención con valor directamente terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica de la mirada, se privilegia la objetivación del síntoma y su tratamiento farmacológico. • La relación entre el diagnóstico y el tratamiento responde a los déficits o excesos en el sistema anatomo-patológico de la enfermedad. • El diagnóstico se considera definitivo, se conforma con diagnóstico y pronóstico del desarrollo ulterior. • Se pretende una intervención con valor terapéutico, para eliminar o estabilizar el síntoma, dependiendo de la gravedad del caso.

La clínica psicoanalítica reconoce en su práctica el problema del diagnóstico, no asume un saber absoluto ni la posición de generalidad en torno a lo que le sucede al paciente, considera el diagnóstico como la variedad de combinatorias en la respuesta del sujeto frente a la falta que se instaure en todo ser hablante, se refiere a las diferentes modalidades de asumir la castración, y las posiciones que el sujeto asume frente a ella, que nunca son iguales a las de otro sujeto y dependen de su recorrido particular en su existencia. En el tratamiento, el diagnóstico se mantiene como hipótesis, se intenta una evaluación de las estrategias del sujeto frente al deseo del Otro, estrategias que se manifiestan en su discurso como estructuraciones de defensa que le permiten acomodarse en su síntoma, gozarlo o mantenerse en la consecución de su propio deseo.

Sin embargo, el psicoanálisis se orienta en la propuesta de estructuras clínicas no para establecer un saber absoluto sobre el padecer subjetivo, sino como tentativas teóricas que permiten al analista mantener la hipótesis y tener una posición en la dirección de la cura, pensar el acto analítico, sin por ello clasificar o determinar una realidad de hecho. El psicoanálisis conoce la imposibilidad de enlazar la particularidad de los casos y la pretensión de generalizar que se puede ambicionar en las estructuras clínicas que plantea y que al mismo tiempo es capaz de cuestionar. Atiende diversidad de malestares derivados sobre todo por la relación del sujeto con el Otro social y el conflicto entre el deseo del Otro manifiesto en las demandas sociales y el deseo del sujeto que aún ignora, por lo que es menester transitar por ese circuito del deseo del Otro y atravesar el camino de dichas demandas y salir de su alienación implicándose en la pregunta por el deseo manifiesto en sus síntomas, trabajo que puede realizarse en el proceso analítico.

En las diversas maneras de entender el nudo salud-enfermedad y sus concepciones de síntoma, de diagnóstico y patologías mentales planteadas a través de los diversos cuadros y explicaciones, se confirma que el psicoanálisis apuesta por la particularidad del sujeto más allá del universo clasificatorio o la estandarización de las intervenciones, ya que no existe un bienestar que sea el mismo para todos, sino que depende de la posición subjetiva del analizante y su movimiento hacia un cambio de posición que permitirá una decisión diferente del sujeto frente a su síntoma.

1.4. Los remiendos sociales: de psicopatologías y tratamientos

Foucault, en sus obras “La historia de la locura” y “El nacimiento de la clínica” ha plasmado de un modo claro el recorrido sobre la concepción y el tratamiento de la enfermedad mental y con ello nos ha permitido diferenciar la especificidad del abordaje médico. De ahí que la diversidad de tratamientos médicos, al procurar ser científicos, precisos y objetivos han dejado de lado la seriedad de los efectos de la palabra en su desenlace y proponen a través de la psiquiatría, el reforzamiento del nudo fisiológico que los circunda. Pero esto es solo un hilo del complejo entramado que constituye la subjetividad humana y sus manifestaciones sintomáticas.

Sin embargo, por su complejidad, se han delimitado ciertas disciplinas para el abordaje de la no-salud mental que impera en la época, a saber, la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis. Cada una realiza un aporte importante y se enteteje con las manifestaciones sociales y culturales particulares, haciendo cada vez más complejo el pensamiento no solo por la diversidad de posiciones teóricas respecto de su abordaje, sino también por la proliferación de tratamientos que, sin dejar de considerarlas, asume una perspectiva particular.

La psiquiatría, en su afán de objetividad científica se ha empeñado en vaciar de subjetividad la psicopatología, el diagnóstico y los tratamientos, haciéndolos objetivos, “impersonales”, neutros, desde la antigua concepción esencialista donde se concibe la enfermedad como un ente, un objeto apartado de quien lo posee y, por ende, quien lo sufre es víctima de ese “ente” extraño que ha llegado a habitarle. Ciertamente esta noción es la que ha creado la concepción de los cuadros clínicos que han llegado a ser útiles en la ciencia, donde los síndromes clínicos se consideran tipos de enfermedad permanentes como los casos clásicos que son imitaciones perfectas de ese tipo de enfermedad natural y los casos atípicos, copias imperfectas de la enfermedad descrita en la nosología clásica.

Pero es necesario distinguir entre la enfermedad y sus causas, pues no se trata solo de la descripción de síntomas diversos, sino de su atención y tratamiento y, sin las consideraciones subjetivas, ¿cómo curar a un paciente que no quiere ser curado?, ¿cómo tratar a los pacientes que se aferran a sus síntomas a pesar de afirmar “querer curarse”?, estos son solo ejemplos de las paradojas de este tipo de concepción de la salud y la enfermedad en la psiquiatría.

Es cierto que solo la psiquiatría y el psicoanálisis han trabajado propuestas concretas de psicopatología. La primera tiende al positivismo, a la clínica de la mirada, a la descripción de los síntomas y a las lesiones generadas por la enfermedad que pueden confundirse con sus causas, vaciando la subjetividad que puede contener. Y el psicoanálisis, al introducir conceptos como el inconsciente, la pulsión, la sexuación y el deseo como parte de los elementos importantes en la constitución subjetiva y en la raíz de la psicopatología, parece incomodar a la psiquiatría, al considerar los aspectos subjetivos de la enfermedad.

La psiquiatría actual se encuentra enraizada en varios siglos de historia que le han aportado seriedad en sus construcciones nosológicas y en la semiología utilizada en la caracterización de los síntomas, razón por la que se ha podido legitimar científicamente y perdura en la época actual donde además, tomada de la mano de la neurología y la farmacología dan sustento al trabajo realizado y al “terreno ganado” en el tratamiento de la enfermedad mental, el mismo Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) es también prueba de ello, sin embargo, suelen desterrar de su campo a las “enfermedades nerviosas” por la dificultad de abordar desde su perspectiva el componente subjetivo que conllevan.

Desde la disciplina de la psicología, ¿qué ocurre con las psicoterapias? se han derivado distintos modelos de intervención encaminados a lograr el equilibrio emocional de la persona afectada, modelos que son apoyados por distintas teorías, tales como: la teoría cognitivo conductual, la teoría sistémica, la teoría Gestalt, la teoría de género, así como la teoría humanista y la psicoterapia integrativa que intenta abarcarlas todas, con la finalidad de devolverle funcionalidad al consultante, modelos en los que la toma de conciencia y la elaboración de la integración emocional de la experiencia, pueda dejarle herramientas para su resocialización y una positiva adaptación a su entorno, aunque se enfrentan a la gran contradicción de pretender adaptación a un entorno “enfermo” que provoca los mismos síntomas que trata.

La psicoterapia procura diversas modalidades de tratamiento pueden ser grupales o individuales con atención paralela a la familia. También existen modelos que plantean la influencia de otros elementos en la generación de los malestares, muchos de ellos corresponden a las diversas posturas

psicoterapéuticas organizadas técnica y teóricamente de acuerdo a su modo de abordar la complejidad de la psique humana.

Están los paradigmas cognitivo-conductuales que afirman la generación de las enfermedades a partir de trastornos del pensamiento e ideas irracionales, así como patrones conductuales dañinos para sí mismos y para otros; el paradigma sistémico que ubica la enfermedad como el trastorno en las relaciones interpersonales, el fenomenológico que considera los fenómenos mentales y físicos en interacción y el social que considera los factores sociales como generadores de enfermedad.⁷⁴ Pero en todos ellos, los elementos planteados entran en conflicto con el sujeto, es decir, que parecen darle la razón al psicoanálisis, pues el sujeto se constituye a partir del conflicto, salir más o menos “bien librado” de él, hace al sujeto un poco más consciente de su deseo, responsable de seguirlo o no.

En la diversidad de tratamientos se entreteje otra realidad, la realidad de la institución que los acoge y los promueve, creando así un nudo de demandas difícil de abordar: la demanda de la institución con su finalidad sanadora y protectora, la demanda del “saber hacer” de la profesión particular de cada profesional de la salud, la demanda de curación por parte de sujeto y la demanda de la familia que también la espera. Este nudo de demandas crea tensiones subjetivas difíciles de abordar desde la ciencia médica e incluso psicológica, porque generalmente se sobre-entienden o son de tipo inconsciente, crean malestar que puede derivar en otros síntomas. Del mismo modo, institucionalizar el síntoma mediante fundaciones o asociaciones que lo atienden puede perpetuarlo olvidando la atención a sus causas. La pregunta se complica y pasa entonces a considerarse a la misma institución como un síntoma que intenta paliar otros, que los abarca pero los enreda en su tratamiento olvidándose de la subjetividad particular de quien los sufre.

Amén de las diferencias históricas y contextuales del desarrollo de cada una de estas disciplinas, en el siguiente cuadro se sintetizan algunas diferencias entre los tratamientos psiquiátrico, psicoterapéutico y psicoanalítico.

⁷⁴ Luque, Rogelio y Villagrán, José M., *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*, Trotta, Madrid, 2000, pp. 39-78.

Cuadro 1.3. Algunas diferencias disciplinares en cuanto al tratamiento

Disciplina	Psiquiatría	Psicoterapia	Psicoanálisis
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo a los efectos esperados por el medicamento. Puede ser en hospitalización o sin ella. Se evitan la regresión y las resistencias transferenciales. 	<ul style="list-style-type: none"> No se utilizan medicamentos y cuando esto es necesario se remite al psiquiatra. Se evitan la regresión y las resistencias transferenciales. 	<ul style="list-style-type: none"> Se promueve la asociación libre que facilita la regresión. Aparecen resistencias transferenciales que son utilizadas para la interpretación. Se trabaja en conjunto con el psiquiatra en casos de psicosis.
Frecuencia y duración del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia de acuerdo al efecto el tratamiento farmacológico y al criterio del médico psiquiatra. No existe una duración específica, depende del padecimiento y más si se requiere hospitalización. 	<ul style="list-style-type: none"> La frecuencia generalmente es semanal, en ocasiones quincenal. La duración del tratamiento va de breve a media, dependiendo de la gravedad del caso. Se establecen objetivos y metas concretas en tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> Frecuencia mínima semanal. La duración es teóricamente interminable, pero depende de la demanda del sujeto, no concuerda con un tiempo cronológico específico, sino a los movimientos del tiempo lógico del inconsciente.
Saber	<ul style="list-style-type: none"> Detenta un saber sobre lo que le acontece al sujeto, sin considerar las particularidades históricas del sujeto. Parte del diagnóstico como el lugar del conocimiento. Plantea un saber absoluto de los síntomas y pretende eliminarlos. El saber está en el médico, produce una receta, un consejo. Es un saber que se dirige al cuerpo como organismo biológico. Se dirige a sujeto de la conciencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Detenta un saber sobre lo que le acontece al sujeto y en ocasiones considera las particularidades históricas del sujeto. Parte del diagnóstico como el lugar del conocimiento. Plantea un saber sobre la solución de problemas de adaptación social y emocional. El saber está en el psicoterapeuta, produce un plan terapéutico específico. Saber que se dirige a la persona como sujeto de adaptación social, sujeto autónomo, unificado y consciente. Al sujeto consciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Detenta un saber teórico, pero una posición de no-saber frente a las particularidades del enfermo. El diagnóstico es enigma, hipótesis sobre la que se trabaja. Las correlaciones entre síntoma y diagnóstico suponen una cadena de procesos intrapsíquicos e intersubjetivos que dependen de la dinámica del inconsciente, por lo que la implicación lógica e inmediata queda descartada. Plantea un saber enigmático sobre los síntomas en los que se busca un sentido. Un no-saber que produce una escucha, el saber está en el sujeto. Se dirige al sujeto de lo inconsciente, sujeto dividido, escindido, inconsciente que hace ver la falla.

Estas diferencias conceptuales sobre el síntoma generan diversidad de posturas frente a lo que puede ser un diagnóstico, por lo que resulta necesario aclarar que la psicología sigue los pasos de la psiquiatría en cuanto al modelo psicopatológico planteado para el tratamiento de las afecciones psíquicas, intenta fundamentar fisiológicamente los síntomas abordados y sobre ellos, trabajar mediante la palabra el correlato emocional que se provoca.

Puede mantenerse, en efecto, que esta psicología se funda sobre una concepción llamada asociacionista del psiquismo, no tanto porque la formule en doctrina, sino por cuanto recibe- y como datos del sentido común- una serie de postulados que determinan los problemas en su posición misma. Sin duda aparece de entrada que los marcos en que clasifica los fenómenos en sensaciones, percepciones, imágenes, creencias, operaciones lógicas, juicios, etc., son tomados en préstamo tal cual a la psicología escolástica, que a su vez los había recibido de siglos de elaboración filosófica. Es preciso entonces reconocer que estos marcos, lejos de haber sido forjados para una concepción objetiva de la realidad psíquica, no son sino los productos de una especie de erosión conceptual en la que se reinscriben las vicisitudes de un esfuerzo específico que empuja al hombre a buscar para su propio conocimiento una garantía de verdad: garantía que, como se ve, es trascendente por su posición y lo sigue siendo en su forma, aun cuando la filosofía venga a negar su existencia. ¿Qué idéntico relieve de trascendencia conservan los conceptos, reliquias de una investigación tal? Con esto definiríamos lo que el asociacionismo introduce de no positivo en la constitución misma del objeto de la psicología. Se comprenderá lo difícil que resulta desembrollarlo a este nivel, recordando que la psicología actual conserva muchos de estos conceptos y que la purificación de los principios es lo último que se acaba en cada ciencia⁷⁵.

Ante estas realidades, los tratamientos psicológicos han girado en torno a la resolución de los conflictos que el ser humano se encuentra en sus relaciones y en su entorno, enfatizando la tendencia adaptativa del sujeto a la realidad social, a los estándares culturales establecidos y muchas veces, sin cuestionar si éstos son adecuados para la salud mental de los sujetos en cuestión.

En el siguiente cuadro se plantean los distintos tipos de psicoterapia a fin de contextualizar el trabajo clínico que se presenta en el siguiente capítulo.

⁷⁵ Lacan, J. (1936) "Más allá del principio de realidad", en *Escritos 1*. México: Siglo XXI Editores (1998)

Cuadro 1.4. Tipos de Psicoterapia

Tratamiento	Terapia de Apoyo ⁷⁶	Terapia de Insight con metas reeducativas	Terapia de Insight con metas reconstructivas ⁷⁷
Definición	<ul style="list-style-type: none"> Por definición, las psicoterapias de apoyo utilizan una serie de recursos destinados al reforzamiento de las defensas del yo en pacientes cuyo marco de referencia perceptivo se encuentra mal integrado. 	<ul style="list-style-type: none"> Este tipo de terapia se distingue de las anteriores formas por su devoción al logro del <i>insight</i>. Mediante un <i>insight</i> el sujeto "capta", "internaliza" o comprende, una "verdad" sobre sí mismo en el proceso terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> Las metas reconstructivas tienen la finalidad de modificar elementos de la personalidad del paciente a fin de lograr una expansión del crecimiento de la personalidad con el desarrollo de nuevas posibilidades de adaptación.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Restaurar la homeostasis psicológica, volver a un equilibrio emocional a través de la creación de mecanismos para mantener el control sobre los síntomas que provocan ansiedad. Promover la comprensión para la resolución de los conflictos conscientes, con un esfuerzo deliberado para lograr reajuste, modificación de las metas y modo de vida a la medida de las posibilidades existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> El objetivo es una conciencia de los factores de la realidad que provocan la problemática presentada, sin tomar en cuenta aquellos de origen psíquico e inconsciente. La intención no es cambiar significativamente la estructura de la personalidad, sino ofrecer ayuda y apoyo emocional a través de una figura comprensiva que los escucha y alienta. 	<ul style="list-style-type: none"> El objetivo es una conciencia de los conflictos inconscientes y de sus relaciones con defensas específicas para lograr una modificación extensa de la estructura del carácter. La meta última es una especie de maduración emocional que proviene de la comprensión total a través de la reconstrucción de la personalidad.
Métodos	<p>Entre sus métodos en las entrevistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> La posición es cara a cara. Liberación de los sentimientos. Reforzamiento del principio de realidad. Estimular la socialización y el sentimiento de esperanza real. Guía, manipulación ambiental, externalización de intereses. Reaseguramiento, presión y coerción. Persuasión, catarsis emocional 	<p>Entre sus métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Posición cara a cara. Reorganización perceptiva, enseñar a razonar. Trabajo de la historia personal. Trabajo directivo con sueños. Biblioterapia ocasional. Lograr <i>insight</i> sobre actitudes y conflictos más conscientes, pero no lo suficiente para resolver conflictos inconscientes. 	<p>Entre sus métodos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Toma elementos del psicoanálisis sin utilizar su dispositivo analítico. Trabajo con la interpretación de sueños. Se utiliza material onírico Trabajo con el análisis de las resistencias y de la transferencia. En este tipo de psicoterapia el terapeuta se ha sometido a análisis personal y ha tenido entrenamiento supervisado bajo

⁷⁶ Grimaldo Pérez, Julio. (1993) "La psicoterapia de apoyo: conceptualización, técnicas y aplicaciones". Revista de Psicología Veritas, Vol. 2. Lima, Perú.

⁷⁷ Coderch, J. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Herder, 1990.

	<p>sugestión por el prestigio y desensibilización, hipnosis sugestiva.</p> <p>En este tipo de terapias están incluidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de grupo, inspiracional, ocupacional, musical, de arte, biblioterapia. • Relajamiento muscular, fisioterapia, hidroterapia, • Terapia por drogas, choques y convulsiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se analiza los modos en que los pacientes se relacionan consigo mismos, con otros y con su entorno, las fuentes de su tensión y ansiedad. • En este tipo de terapias están incluidas diversos tipos de psicoterapias individuales. • La terapia de juego, terapia reeducativa y de actitudes. • La orientación centrada en el cliente • Las terapias grupales y de relación. • El coaching y consejo terapéutico. • Terapia integrativa. 	<p>guía de un analista experimentado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se asiste al paciente en el análisis del lado negativo de su personalidad y se alienta a que intente nuevas conductas, pero en general, se hace poco uso sistemático de la asociación libre, transferencia o sueños. <p>En este tipo de terapias se incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La psicoterapia de orientación psicoanalítica. • Hipnoanálisis
Indicaciones	<p>Tipo de terapia está indicada para pacientes que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con mecanismos limitados de enfrentamiento o con poca capacidad al cambio, que no pueden manejarla ansiedad y los que tienen poca inteligencia. 	<p>Tipo de terapia está indicada para pacientes que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Han desarrollado mecanismos de enfrentamiento y tienen capacidad de cambio de su comportamiento. • Manejan la ansiedad que acompaña a un enfoque de <i>insight</i>. 	<p>Tipo de terapia está indicada para pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que conservan una fuerte estructura del yo y alto nivel de inteligencia y manejo de la ansiedad que acompaña a un enfoque de <i>insight</i>. • Han desarrollado mecanismos de enfrentamiento y preguntas sobre su implicación subjetiva.
Actividad del terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • La entrevista se enfoca sobre síntomas y trastornos en torno a ellos. • Usualmente toma detallada de historia del paciente. • Aplicación de Prueba de inteligencia y batería vocacional • La actividad genera del terapeuta pretende el reforzamiento de las defensas existentes. • Da consejos al paciente y su intervención es directiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuentemente toma detallada de historia del paciente. • Pruebas de inteligencia y batería vocacional. • La actividad genera del terapeuta pretende la eliminación de las defensas existentes. Actividad dirección a no dirección. • Ocasionalmente da consejos, su posición es directiva. <p>La mayoría de las psicoterapias se encuentran incluidas en este tipo, entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre hacen una toma detallada de la historia del paciente. • Utilizan pruebas proyectivas • La actividad general del terapeuta no es directiva, no suele dar consejos, sino que ayuda al paciente a pensar en las soluciones. • Analiza la transferencia y las resistencias del paciente. • Se controla la transferencia positiva y se usa para promover el mejoramiento. Se analiza la transferencia negativa en cuanto a la forma en que se desarrolla en términos de la situación real. Se favorece y utiliza la relación positiva

En la terapia reeducativa, se enfatiza la relación entre el paciente y el terapeuta empleada con el objeto de ir más allá de los fines de la terapia de apoyo. Se trata de guiar al paciente en un examen de sus procesos internos con el fin de darle un *insight* respecto de cómo participa en la promoción de sus propios conflictos emocionales. La metodología de las Terapias reeducativas, aunque ponen énfasis en distintos aspectos, generalmente refuerzan la relación paciente-terapeuta, que consiste en realizar un examen de modos en que el paciente se relaciona con la gente y consigo mismo, explorando las fuentes de tensión. Se trabaja a nivel consciente para la modificación conductual de las relaciones interpersonales, con un deliberado esfuerzo en el reaprendizaje de nuevos patrones de conducta o el manejo de emociones, a fin de promover un reajuste hacia metas que le permitan vivir a la altura de sus potencialidades creativas..

Generalmente son terapias breves en el tiempo, se tiene un objetivo específico y una meta a lograr en el proceso terapéutico. El paciente es ayudado mediante procesos de re-aprendizaje, a reconocer aspectos de su conducta que son destructivos para él y a generar nuevos patrones que le ayuden a desarrollar sus potencialidades. Este tipo de psicoterapias son útiles como orientación para la vida y adaptación al medio, sin embargo, cuenta con limitaciones paradójicas, ya que, por un lado fomentan el desarrollo de la persona y, por otro, no van a la raíz de los conflictos que les hacen repetir sus síntomas. Tampoco tratan trastornos graves, salvo para lograr su re-adaptación funcional en la sociedad, lo que no significa que el “malestar” del sujeto haya terminado, solo se logran estabilizar síntomas en los casos más graves reforzando al yo y su capacidad para crearse nuevas situaciones acordes a la realidad.

El abordaje psicoanalítico pretende ir más allá de los objetivos trazados por la conciencia para abordar aspectos inconscientes que los sustentan. El psicoanálisis procura no deslindarse de lo subjetivo, de lo inconsciente, concibiendo al ser humano como un sujeto que se constituye a partir del conflicto. Al reconocer los componentes subjetivos del enfermar, sostiene que los conflictos inconscientes tienen un gran papel en la generación de la subjetividad y de la enfermedad del sujeto y considera que es éste quien imprime una particular formación clínica a su “malestar”. No descarta la influencia de todos los elementos planteados en los diferentes paradigmas, sin embargo afirma que es en el

inconsciente del sujeto “donde se cocinan” todos los elementos para generar un sujeto en movimiento, creando lazos y haciendo vínculos deseantes o un sujeto que se paraliza y goza con sus síntomas.

Las herramientas del analista como veremos en la segunda parte de este trabajo, son en su posición, su análisis previo que le permitirá una escucha particular del inconsciente, la neutralidad, la atención flotante, así como el manejo de la transferencia, para promover en el paciente la asociación libre que permite el despliegue de los significantes en el discurso subjetivo y que proporcionan las coordenadas por donde el sujeto mismo elabora sus estrategias frente al Otro, frente a su síntoma y frente a su goce sin saberlo.

Es desde ahí que se plantea la hipótesis sobre el síntoma del paciente que se revela en el material reprimido y que sale a la luz en el discurso que emite fuera del reconocimiento yoico, es decir, aquello que el sujeto conoce de sí sin reconocerse en ello. Esto permite esclarecer el lugar del sujeto frente al malestar que le provocan las demandas del Otro, defensa y ficción que constituyen su fantasma, movimientos subjetivos que le llevan a tomar decisiones frente a los vínculos que establece y posiciones singulares frente a sus síntomas.

Aunque no comparte con la institución médica la emisión de un diagnóstico preciso para que el sujeto se identifique con ella, mantiene la preocupación por los modos de intervención, por la tendencia a la institucionalización de los síntomas y por la forma en que la institución como síntoma provoca nuevos malestares. De ese modo, ofrece una escucha distinta que permite el análisis de estos vínculos en el sujeto y en su posición deseante, así como de sus síntomas como una metáfora de su malestar inmerso en el discurso de las instituciones sociales y así se instaura la pregunta sobre su propia particularidad frente a la falta que lo constituye. Es el analista el que puntúa ese saber que emerge, interviene para señalar lo que se dijo, para implicar al sujeto en su discurso y esperar de su parte su propio movimiento.

1.5. Cuestionamientos y alternativas: ¿Y ahora qué hacemos?

La violencia social como producto de insatisfacciones, frustraciones y ambiciones desmedidas de todas clases, nos plantea esta pregunta, ¿qué hacemos para considerar las distintas concepciones de sujeto, para tejer algo con lo que cada una aporta en esta dimensión tan problemática de la sintomatología social? las distintas disciplinas abordan al sujeto desde la perspectiva “libre” y “consciente”, como lo es el sujeto del Derecho e incluso el de la Psicología, o el sujeto vulnerable de la Medicina. Sin embargo, el sujeto tiene motivos inconscientes para temerle a su libertad, para abrazar la enfermedad y ponerse en esa posición vulnerable al cuidado de otros. Un gran número de sus elecciones son inconscientes y muchas veces se dirigen a la autodestrucción o están determinadas por fantasías inconscientes que le resultan inaceptables. ¿Qué hacemos para no olvidar al sujeto en todas sus dimensiones?

Las distintas prácticas éticas que intentan atender la violencia en sus diversas modalidades, se enfrentan al desafío de entrelazar lo particular con lo social, de hacer lazo donde algo –como la violencia sexual– provoca efectos devastadores en la subjetividad, no solo requiere de la disposición institucional, sino de la formación de profesionales que con calidad puedan acompañar al sujeto violentado. Sin embargo, esta formación requerida pasa por el cuidado de sí, no solo por el mandato institucional que como demanda del Otro se asume sin formar parte del deseo propio.

Los intentos de trabajo interdisciplinar conllevan riesgos de descuido del discurso individual del sujeto implicado a favor del discurso institucional y social, por lo que son todo un reto para la búsqueda de alternativas de solución frente a un problema que de ser privado se ha convertido en social y en gran escala. Y emerge la pregunta de si la interdisciplina en estos casos, constituye una apertura a la epistemología de fronteras o un riesgo de olvido del sujeto, ¿de qué se trata?, ¿de completar y obturar un saber o considerar las preguntas que se generan desde cada perspectiva?

Por ello, la formación de profesionales para la clínica de la violencia sexual, pasa por la formación personal, del cuidado y respeto de sí, antes de acompañar el proceso del sujeto violentado. La atención terapéutica de la violencia sexual

requiere una amplia información y formación por parte de terapeutas, médicos, trabajadores sociales y abogados, así como una definición de su posición frente a ella. Los abordajes teórico-prácticos que –desde la psicología y la psicoterapia– han apoyado la atención del problema de la violencia se han enfocado en definir al destinatario y su contexto: persona violenta y su grupo, persona violentada y su entorno, pero en el acceso a los múltiples discursos que intervienen, ha dejado de lado la tarea autoformativa que debe continuarse de manera constante.

Desde la disciplina de la psiquiatría, el modelo de intervención continúa siendo únicamente médico, es decir, si la agresión sufrida provocó desórdenes o trastornos que alteraron el equilibrio neurológico y por ende el desenvolvimiento de la persona, el tratamiento es individual y proporcionado a través de la psicofarmacología, cuya finalidad consistiría en devolver la estabilidad y funcionalidad necesarias a la persona afectada.

Desde la psicología, ¿qué ocurre con las psicoterapias? se han derivado distintos modelos de intervención encaminados a lograr el equilibrio emocional de la persona afectada, modelos que son apoyados por distintas teorías, tales como: la teoría cognitivo conductual, la teoría sistémica, la teoría Gestalt, la teoría de género, así como la teoría humanista y la psicoterapia integrativa, con la finalidad de devolverle funcionalidad al consultante, modelos en los que la toma de conciencia y la elaboración de la integración emocional de la experiencia, pueda dejarle herramientas para su resocialización y una positiva adaptación a su entorno. Sin embargo, el factor inconsciente queda de lado, el manejo de la transferencia para acceder algo a la verdad del sujeto y su posición frente a la violencia que dice sufrir, también. Esto hace que recaiga la responsabilidad sobre una sola parte de la pareja agresor-agredido, donde los violenta-dos son dos de diversas maneras, y el grado de responsabilidad es compartido de algún modo, aunque sea desde la fantasía inconsciente.

Por ello, el aporte del psicoanálisis, parte de la raíz desde donde el sujeto vive la experiencia y se posiciona frente a ella, donde se atiende de modo individual, caso por caso. Freud sostiene que la aspiración del psicoanalista no es la cura o el éxito terapéutico en primer lugar, sino posibilitar al analizante las condiciones para hablar sobre sus deseos inconscientes que provocan el conflicto

intrapsíquico y, por añadidura se producirán cambios en la posición subjetiva del sujeto que ha sufrido una agresión sexual y sus implicaciones en la misma.

Sin embargo, tanto las diversas disciplinas como los enfoques de atención psicológica, raras veces han entrado en diálogo entre sí para el tratamiento de la violencia sexual, por lo que el gran reto para el terapeuta es la apertura dialógica, aprender a valorar las diferencias como una riqueza y no como una amenaza a su posición teórico-práctica y al modo de abordaje del actor en cuestión, ya sea la persona violenta o la persona violentada. Todos los enfoques terapéuticos tienen una visión parcial que siempre puede ser complementada por otras visiones, reto hacia una epistemología de fronteras que con sus alcances, muestra los desafíos que los efectos de la violencia sexual provocan, amplía la visión de la realidad y la eficacia en la intervención.

Esta apertura a la visión del ser humano que aportan los distintos enfoques y la apertura a la relación con otras disciplinas, plantea el reto de una formación de carácter teórico-práctico abierta a la interdisciplinariedad y aceptante de la complejidad del ser humano, en lugar de asumir un estilo de trabajo más protagonístico por parte de cada disciplina. A partir de esto, la formación para el tratamiento de la violencia sexual está enmarcado dentro de los parámetros de toda formación psicoterapéutica que, desde los aportes del psicoanálisis debe apoyarse en un trípode donde exista formación teórica, análisis o psicoterapia personal y la supervisión de sus casos. Destaca el análisis personal como proceso indispensable, ya que los contenidos de carácter sexual en todo sujeto generalmente son reprimidos y ocasionan síntomas inexplicables desde la perspectiva médica o terapéutica consciente.

La formación se acerca a ser un permanente ejercicio de investigación-acción, en la que se entreteje la dimensión teórica con la práctica considerando la complejidad de los factores en juego, lo que permitiría un proceso de construcción del conocimiento en constante reformulación, de acuerdo a los nuevos síntomas que genera el vertiginoso cambio de la realidad social.

La realidad social y sus malestares presentan múltiples desafíos. La sociología ha investigado por mucho tiempo el comportamiento de los grupos que conforman la sociedad en general, pone de manifiesto la importancia del contexto

en el que se enlazan los comportamientos de los individuos eligen, instaurando nuevas realidades que pueden ser problemáticas o culturalmente valoradas, todo depende de los tipos de elección realizada. La filosofía siempre se ha cuestionado por qué y cómo elegimos los sujetos, cómo construimos el conocimiento y cómo accedemos al saber y a la verdad de acuerdo a lo social y culturalmente esperado hacia la conformación de la polis, como ciudadanos libres que intentan construir una sociedad más justa.

Sin embargo, cuando los comportamientos no son del todo compatibles con los ideales planteados y las concepciones que durante siglos se han generado respecto de lo que debiera ser la sociedad en su conjunto, cuando las elecciones de los sujetos son tan divergentes que no aparecen alternativas de una dialéctica posible y de una complementariedad, sino que por el contrario, se manifiestan comportamientos destructivos y autodestructivos que, lejos de crear lazos en los grupos sociales, acrecienta más sus malestares, entonces podemos hablar de signos de malestar social y cultural.

Los sujetos actúan siempre de maneras contradictorias, eligen sus propios vínculos, a veces sin razones claras, ya sea que tiendan hacia la vida o hacia la muerte, pero que confrontan los distintos intereses y hacen aparecer el conflicto interno que llamamos síntoma, dolores que se llevan de manera personal, comunitaria y social, que van agrietando la realidad social y que cuestionan “la fortaleza de los lazos creados, la congruencia de los ideales planteados y los frutos cosechados de siglos de tradición cultural y social, el tejido social se ve rasgado y la interacción de los saberes intentan diagnosticar lo que sucede al cuerpo social”⁷⁸.

El enredo de los saberes sobre los trazos sociales, especialmente aquellos que tienen que ver con la violencia –casi todos-, conlleva siempre cuestionamientos con sentido ético. Los remiendos institucionales no han sido suficientes, se recomponen un poco las rasgaduras de sus síntomas sin llegar a la causa final de los mismos, ¿será posible dar con ella y erradicarla? Tal vez esta pregunta nace de la ingenuidad, los seres humanos estamos llenos de contradicciones, impulsos de destrucción y muerte, pero también de impulsos hacia la vida y la

⁷⁸ Cfr. Castro, G. (2014) “El malestar social y sus síntomas. Desafío para la clínica actual”, *Op. Cit.*

creación de una sociedad menos violenta. Esto revela un saber que muchas veces ignoramos que ya sabemos, ¿hasta dónde podemos llegar en la búsqueda de las razones que nos llevan a ser lo que somos y a hacer lo que hacemos en la actualidad? Sería injusto pensar que los intentos no han sido fructíferos, sin embargo, los frutos dados no han sido del todo duraderos o no han provocado cambios profundos en las elecciones de los individuos que hacen comunidad⁷⁹.

Entre los muchos síntomas que revelan malestar social, cultural e individual, están las manifestaciones directas de las elecciones destructivas y autodestructivas y, quiero referirme en concreto a aquellos casos donde la violencia daña no solo al cuerpo social en general, sino a lo más íntimo y primario de sus células, es decir, la subjetividad de quienes sufren violencia sexual. Muchos intentos se han realizado en el ámbito institucional y social, desde la sociología como fenómeno dañino, desde la filosofía en el tratamiento del cuidado de sí y la experiencia del cuerpo e incluso, desde la medicina, la psiquiatría y la psicología como intentos constantes de resolver los síntomas manifiestos. Se ha planteado también la cuestión de la interdisciplina, pero no es un asunto sencillo de resolver. Cada disciplina tiene un saber teórico que le es propio, así como un saber hacer con sus propias leyes y cuyo discurso intenta dar solución a la problemática de la violencia y los síntomas que genera, sin embargo, cuando el saber de cada disciplina no se pone en suspensión para la escucha tanto de otros saberes como el del sujeto afectado, se genera competitividad, poder y procesos que agreden aún más provocando la inmovilidad de los sujetos violentados y nuevos síntomas institucionales.

Por otro lado, a pesar de que estos intentos revelan los esfuerzos sociales y comunitarios que han sido piezas clave del rompecabezas, no todas las piezas están dadas, quedan retos que desafían a las instituciones, a los profesionales que atienden los casos de violencia sexual y a los sujetos que les consultan. Sin embargo, el mayor reto está en el lenguaje que configura nuestra cultura, nombrar víctimas a las personas que atraviesan estas experiencias traumáticas las instala en un significante social que dificulta el movimiento hacia posiciones personales y sociales de mayor responsabilidad para enfrentar las causas de la violencia sexual. Del mismo modo, la tendencia social a hacer del síntoma toda una

⁷⁹ *Ibidem*

institución hace que la institución misma lo perpetúe, creando paradójicamente mecanismos que violentan a subjetividad en el tratamiento de la violencia que intentan atender.

Por tanto, los procesos de des-victimización interna y externa, en continuidad, siempre será un reto en el tratamiento de la violencia, especialmente en la violencia sexual, reto que permite plantear el cuestionamiento y las posibilidades de desanudar ese fuerte lazo significativo para la creación de nuevos lazos que permeen todos los ámbitos, desde lo social hasta lo íntimo de cada sujeto afectado porque sus esfuerzos también cuentan. Sin embargo, muchas terapias destinadas a la salud, están subsumidas en el sistema, manejan un lenguaje que tiende a uniformar, a estandarizar y a reeducar al sujeto sin tomar en cuenta la posición subjetiva desde la que se sitúa en su discurso. Por esta razón, el psicoanálisis vela por una escucha desde la dimensión simbólica, desde el Otro, donde el cambio sea producto de un trayecto subjetivo por el circuito del deseo del sujeto y de una verdad que tiene por decir. Y surge la pregunta, ¿cómo trabajar la dimensión del deseo desde otros ámbitos sociales y/o institucionales?, ¿será incompatible el deseo con la institución y sus demandas?, ¿será posible atender ese aspecto donde el sujeto accede a un saber sobre sí mismo que está en la base de sus síntomas?

Es aquí donde surge el aporte del psicoanálisis, movimiento que se crea en el contexto del auge de la ciencia, por lo que se ha visto en la necesidad de tomar una posición respecto a ella, al pensamiento de la modernidad y a la racionalidad que desde el siglo XIX ha imperado en la resolución de los enigmas científicos y sociales incluso. Ya desde entonces, Freud como médico y científico, se apoyó en la tradición científica y cultural de su época, utilizó sus modelos para explicar algo de otro orden, afirmando que la naturaleza de su objeto lo obligaba a considerar al sujeto mismo que lo producía, a escribir sobre aquello que la ciencia misma desechaba.

Esto parecía hacerlo salir de la seriedad, la objetividad y la racionalidad científicas y empujar el psicoanálisis fuera de éste ámbito, puesto que su objeto de estudio tenía que ver con los sujetos mismos que pretenden hacer ciencia, trabajar con lo que desechan en la construcción de sus elaboraciones, es decir, con sus errores, sus síntomas, sus lapsus, sus chistes, sus sueños, sus deseos,

fragmentos de un saber del sujeto que cuestiona lo “universal” de todo lo que pretende ser científico, que escapa a la racionalidad y se expresa en lengua propia, las más de las veces resistente al sentido y en las fronteras del lenguaje científico. Ubicado al borde de dicha racionalidad, se acerca al pensamiento literario y mitológico: el mito del complejo de Edipo y el del mito del padre de la horda primitiva.

Estos aportes del psicoanálisis introdujeron otra lógica, la lógica que más tarde Lacan llamó la lógica del no-todo, donde la pulsión de muerte y el discurso bordean lo imposible y donde no todo se resuelve por las leyes del lenguaje en el que se abre un agujero por donde se filtran otros modos de pensar, siempre queda un resto. Esto hace una diferencia con otros posicionamientos frente a los síntomas sociales e individuales, que, sin restarles el valor a sus aportes, hacen intentos que van hacia otro lado, ¿quién dice que el psicoanálisis va en la dirección correcta? nadie, es solo otra propuesta que va más allá de la mirada, que escucha y cuestiona lo racional, que escucha lo irracional y el sinsentido, que busca una respuesta en lo que es desechado por otros planteamientos y que apuesta por un saber que no está en la conciencia aún, pero que se manifiesta en los actos de los sujetos y que, cuando éste saber pasa por el lenguaje, "desata", "desamarra" el doloroso nudo creado por el síntoma que provoca sufrimiento para crear una posibilidad, un nuevo enlace en la apuesta por el saber del inconsciente.

Como en la bella metáfora de Alessandro Baricco en su ensayo "Los Bárbaros"⁸⁰, plantear las diferencias entre generaciones de personas y de saberes, permiten ubicar las coyunturas en donde las nuevas acciones tienen alguna posibilidad de incidencia social, así como entre la diversidad de tratamientos y el psicoanálisis para reconocer los alcances de cada disciplina y sus posibilidades.

En el tratamiento particular de la violencia sexual, estas diferencias puede que tenga que ver con esa que expone Baricco entre surfear y bucear... Para surfear, es necesario que haya olas, que el movimiento del mar ofrezca la posibilidad de adentrarse en su dinamismo y, las habilidades de quien surfea se

⁸⁰ Baricco, A. (2008) "Los bárbaros: ensayo sobre a mutación" Barcelona: Anagrama

ponen a prueba para deslizarse sobre ellas, atravesarlas y mantenerse en pie, nada sencillo. Del mismo modo, la furia de la problemática social y cultural, requiere el desarrollo de habilidades para sobrellevarla, para deslizarse y atravesar el conflicto de las demandas y sus manifestaciones sintomáticas manteniéndose en equilibrio.

Tal sería la apuesta social del saber hacer de la institución frente a los síntomas, que no es poca cosa. Sin embargo, ¿de dónde proviene este movimiento, esta furia? de esa interacción del interior con el exterior, de los efectos de la gravedad, de los cambios meteorológicos en interacción con las bases marítimas profundas. El mar no se levanta solo, sus interacciones despiertan "sus síntomas" con los que el surfista juega sin restarle seriedad al riesgo, pero que, al fin de cuentas no le interesa que esa furia cese, por el contrario, sin ella, no puede surfear. Así parecen interactuar las disciplinas que buscan "la salud mental" de los individuos, adiestrarse en el manejo de los síntomas, deslizarse sobre ellos, alcanzarlos en sus desplazamientos, atravesarlos en su intensidad para "mantenerlos a raya" ante la imposibilidad de eliminarlos.

¿Y qué pretende quien bucea? ir a lo profundo, buscar el tesoro escondido, descubrir la vida oculta de las especies marinas, el proceso de formación de una perla en las profundidades del mar, pero también descubrir el origen del movimiento, la furia de su dinamismo e interacción. Para ello, las habilidades que despliega son diferentes a las del surfista, empieza sobre las olas y se adentra más allá de ellas, bajo la presión de la profundidad y la riqueza del acercamiento a lo ignorado.

A ésta metáfora es posible acercar el psicoanálisis, que atraviesa las demandas sociales que provocan los conflictos, que busca el origen del movimiento y su furia, que va tras lo inconsciente que no está más que cuando es dicho y descubre un saber ignorado. Así, el que bucea pacta con el surfista la conjetura de la interpretación que lo habilita para apropiarse de su deseo no sabido, atraviesa la dimensión imaginaria que entra desde la superficie de su discurso para sumergirse en lo simbólico, en el sentido y en el sinsentido ignorado. En este sentido, la posición del analista en la escucha requiere de habilidades distintas de aquellas que promueven la adaptación a la furia de las

realidades sociales y sus olas, requiere provocar un movimiento subjetivo profundo que permita luego surfear con ellas de un modo responsable, crear vínculos que permitan al sujeto hacer otra cosa que sufrirlas.

Ambas realidades conviven, el surfista y el buzo saben que hacen cosas distintas, que tienen habilidades diferentes y que tratan el mar con respeto y de modo diverso. Sin embargo, la furia social parece un callejón sin salida, entre menos violencia, más represión, entre más represión, mayor cultura sí, pero también mayor estallido social cuando la presión es mucha. ¿Qué puede funcionar como válvula de escape?, ¿cómo permitir la salida de la pulsión de muerte, permitiendo al mismo tiempo construcción de las subjetividades de manera responsable?

Tal vez habría que, no solo mirar los síntomas, sino escucharlos de una manera distinta. No sin los aportes que otros han hecho, como Lacan que inventó otra ubicación para el psicoanálisis: “no sin”, donde es imposible pensar el psicoanálisis sin la ciencia, sin la cultura, sin la realidad social, sin la racionalidad y dándole un lugar a la negatividad. “No sin” ninguna de ellas, tal vez sea la expresión de ese “estira y afloja” en el que aparece lo real, porque debilita, ensombrece el panorama y da al psicoanálisis esa responsabilidad, dándole el privilegio de escuchar, de “ensuciarse” con malestares de la época, de impregnarse con los hedores de los barbaros, con lo que no proviene del *logos*, pero que hace pieza fundamental en el rompecabezas social. Los fenómenos sociales y culturales son amplio contexto para el despliegue de vínculos de todo tipo, donde se juega el enlace de saberes que desafían a la interdisciplina, reto también para el psicoanálisis que, como expone Lidia Alazraqui⁸¹:

El psicoanalista integrante de un equipo interdisciplinario aporta su experiencia de una praxis y una teoría, la el psicoanálisis, que permiten mantener abierta la vía de la escucha. Si es difícil precisar esta posición es tal vez porque se ha vulgarizado una versión de psicoanalista como el que aporta un saber faltante, a lo que se ha dado en llamar una interpretación [...] poner en juego el inconsciente remite a un entrenamiento para escuchar lo que se dice, para esperar los efectos de la palabra en el sujeto, para mantener sin cierres el espacio abierto por efecto

⁸¹ Alazraqui, L. (2011) “Acerca de la interdisciplina” en *¿Alcanza con la medicina? Encuentro entre acto médico psicoanálisis*. Buenos Aires: Biloba Editores.

del decir. A este entrenamiento uno de los médicos, lo ha llamado en contraposición con la formación médica, “formación asistemática”.

¿Será posible transmitir algo de esta formación asistemática a otros profesionales?, ¿será incluso esto necesario?, ¿cómo mantenerse abiertos a la escucha de los nuevos aportes, nuevos saberes que, sin que se conviertan en un saber cerrado y consolidado puedan provocar un movimiento interrogante y una apertura a la escucha desde cualquier posición? desde la perspectiva de los fenómenos planteados, se mantiene el desafío de una escucha diferente que permita abordar las causas que remiten a la raíz de muchas otras rasgaduras del tejido social.

Una vez que se ha considerado la complejidad de las interrelaciones en el fenómeno de la violencia, surge la pregunta sobre el tipo de atención psicológica adecuada para los casos de violencia sexual. En el siguiente capítulo se abordarán algunos casos que dan cuenta tanto de los síntomas generados por la violencia sexual, como del proceso seguido por la institución que los atendía. Por la experiencia, podemos constatar que el proceso terapéutico, puede ser abordado desde múltiples enfoques y desde cada uno se logran alcances distintos. Sin embargo, a pesar de la variabilidad que presentan, las etapas del proceso suelen ser comunes y su durabilidad depende de los tiempos institucionales, del tipo de agresión sufrida y de la particular y subjetiva aparición de los síntomas físicos, psíquicos y sociales derivados del mismo, que en sí depende de la singularidad de cada sujeto.

CAPÍTULO 2: SÍNTOMAS COMO HILOS QUE SE ROMPEN

2.1. Contando historias: ¿qué caso tiene contar un caso?

Como hemos visto, en el vasto tejido del acontecer social se revelan problemáticas realidades de todo tipo, donde los sujetos en su singularidad propia, los grupos, las familias, así como las diversas asociaciones, crean y recrean la realidad que viven, la despliegan en un sinfín de conexiones cuya complejidad muestra la gran capacidad humana de adaptación y reinención de su estar en el mundo, que además, lo viven y lo asimilan contándolo. Es en el mar de las palabras enlazadas como se narran las experiencias vividas o se inventan, ya sea como testigos de los sucesos acontecidos o para elaborar algo más a partir de ellos, en todo caso, para transmitir algo y para encontrar su lugar en el Otro social.

Somos sujetos del lenguaje y estamos sujetos al lenguaje que nos precede, las palabras nos circundan, están ahí para recibirnos antes de nuestra entrada en la existencia, el bagaje de palabras se nos ofrece para ser enlazadas unas con otras y crear historias con o sin sentido. De ahí que las historias contadas sirvan para muchas cosas, que sean ciertas o no, es lo de menos. Se cuentan hechos, mentiras, ficciones, cuentos, relatos cortos, fábulas, narrativas, novelas, etc. Todos contamos historias, las más conocidas las escuchamos en los medios de comunicación y en las redes sociales, las historias están por todos lados y cada una de ellas es un tramo de ese tejido social. Las palabras son usadas de mil maneras para representar algo en la dimensión simbólica que nos es necesaria para la construcción de la subjetividad, es decir, para hacer presencia, dejar una huella, transmitir una enseñanza o simplemente para dejar salir las palabras enlazadas con el entusiasmo, la indiferencia o el dolor, con el sarcasmo o la ironía, o también con el humor del chiste y adornarlas con la risa, con la única finalidad de hacerse presente de simbolizar algo.

Del mismo modo, contar un caso también obedece a la representación simbólica de un proceso específico. Un caso es la historia verídica de un sujeto que también participa en el entramado social, que se cuenta desde diversas perspectivas y disciplinas y, por ende conllevan desde cada una, un aporte

distinto. Es decir que, cuando se habla de un “caso”⁸² contado por profesionales, lo que se cuenta pasa por el filtro de la veracidad, de la transmisión de un saber, la comprobación de ciertos hechos o la ejemplificación específica para un aprendizaje concreto. En el derecho, en la medicina o en el sistema judicial, los casos conllevan un dictamen, un diagnóstico o una sentencia respectivamente, ilustran, demuestran, enseñan algo y comprueban de algún modo el marco de realidad en el que estamos insertos. Como apunta Serra:

“El caso práctico es una modalidad de aprendizaje o de evaluación de un saber constituido. Se utiliza en múltiples disciplinas, tan distantes como pueden ser la medicina, la macroeconomía y la psicología cognitivo-conductual. El caso práctico apunta a un “hacer saber”, hacer saber –o evaluar si ya se sabe– la manera en que debe ser tratado un problema concreto, de manera que si es repetida idénticamente, producirá los mismos resultados exitosos.”⁸³

De la misma manera, en lo que respecta a la salud mental circulan muchas experiencias e historias que puede o no convertirse en “un caso clínico”, porque – como hemos dicho– escribir casos depende de la finalidad y la visión de cada disciplina. Así, desde la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis los caminos para ello son distintos. La escritura y/o presentación de un caso puede tener diversos propósitos: ilustrar y confirmar la teoría, cuestionarla, interrogarla para formular un tema inédito de investigación, o transmitir una particularidad clínica que puede aportar un nuevo paradigma. Sin embargo, la pregunta es si existe la posibilidad de una legitimación del saber clínico a través de los casos, sea cual sea la disciplina que los transmita. Si legitimar tiene que ver con garantizar la veracidad, certificar la objetividad y aprobar la transmisión en base a ello, podemos decir que entre las disciplinas de la salud mental hay intentos objetivos que siempre llegan al callejón de lo subjetivo sin remedio alguno y para, evitar el menoscabo de su objetividad, se le da la vuelta.

⁸² De acuerdo a la Real Academia Española, algunas de las definiciones de caso son: suceso, acontecimiento, casualidad, ocasión o coyuntura. Es un asunto de que se trata o que se pone para consultar a alguien o pedirle su dictamen, suceso notorio, escandaloso o delictivo cuyas circunstancias atraen la curiosidad del público. Real Academia Española (2007). *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima segunda edición. Madrid: Espasa Calpe.

⁸³ Serra, Martha. (2008) Algunas observaciones sobre la presentación de casos. En L'Àperiodic Virtual de la Secció clínica de Barcelona, Nodos XXII, <http://www.scb-icf.net/nodus>

En la psiquiatría, por ejemplo, la escritura de casos obedece a la construcción de un “saber científico” sobre la tipología y clasificación de los síntomas, su método combina la observación y el aspecto fenomenológico de los mismos y, su enlace a la neurología le permite encontrar sus conexiones fisiológicas. En el proceso de aprendizaje médico, la exposición de casos permite ejemplificar el despliegue objetivo de los signos y de los síntomas, su duración y manifestación con la finalidad de encontrar una disolución de los mismos con la ayuda del saber farmacológico, así es como pretende eliminar los síntomas en los casos leves o estabilizarlos en los casos graves. Entonces, la escritura de casos en la investigación psiquiátrica se centra en la descripción de los síntomas observados y su manifestación corporal o comportamental de los aquejados. Junto a la neurología, se concentra en el origen anatomo-patológico de la anormalidad presentada, se investiga sobre las sustancias químicas que influyen en el sistema nervioso de los enfermos, cuyo aumento o disminución ocasionan tales síntomas y se aplican tratamientos farmacológicos a fin de adaptar el comportamiento a la norma social vigente. Se trata de universalizar síntomas, diagnósticos y tratamiento, poniendo poca atención a la particularidad del discurso de los sujetos que conforman cada caso.

En la psicología, siguiendo la línea psiquiátrica, se escriben casos clínicos generalmente para instituciones, donde hay formatos y controles rigurosos para fines estadísticos de la institución misma, con ellos intentan cuantificar las manifestaciones anormales del comportamiento humano, diferenciar la tipología de síntomas a fin de emitir un diagnóstico sobre el estado mental y emocional de los destinatarios de su saber profesional. Este primer diagnóstico les servirá para elaborar estrategias de intervención y adaptación de los sujetos en cuestión. Trabajan con la queja expresada en la palabra, con el motivo de consulta que generalmente supone sufrimiento para conducir una reeducación emocional que permita primero desplegar y luego asumir la problemática de quien consulta, ayudando a encontrar posibilidades de afrontamiento y alternativas de aceptación, solución y adaptación. En el proceso de formación de los psicólogos, el proceso de aprendizaje se centra en la evaluación psico-diagnóstica que cuenta con múltiples herramientas, ya sea a través de la aplicación de pruebas psicológicas o la aplicación de técnicas específicas en el tratamiento. Entonces, la escritura de

casos sirve para ejemplificar el despliegue de los síntomas y elaborar las estrategias de intervención para su eliminación, de modo que contribuya a un bienestar personal, familiar y social. Las psicoterapias procuran la escucha particular de cada consultante debido a que trabajan con la palabra, sin embargo, aunque no utilicen tratamientos farmacológicos, emiten un diagnóstico de tipo psiquiátrico y se auxilian de él cuando aquellos son necesarios, a fin de proporcionar un tratamiento integral al paciente y de preservar de algún modo el lado científico de su práctica clínica, con lo que corren el riesgo de diluir la particularidad subjetiva en una universalización pseudocientífica.

Para el psicoanálisis, escribir sobre un caso difiere mucho de las posiciones anteriores. Se trata de la construcción simbólica de un proceso de subjetivación donde la veracidad es lo de menos, lo que enfrenta al psicoanálisis con el problema de la legitimación. En “la condición postmoderna”, Lyotard nos enfrenta al interrogante sobre el saber en la clínica psicoanalítica y sus casos, ¿se trata de legitimar un saber o de transmitir una experiencia que comunica un saber nunca totalizador?

El modo de legitimación del que hablamos, que reintroduce el relato como validez del saber, puede tomar así dos direcciones, según represente al sujeto del relato cognitivo o como práctico: como un héroe del conocimiento o como un héroe de la libertad. Y, en razón de esta alternativa, no sólo la legitimación no tiene siempre el mismo sentido, sino que el propio relato aparece hoy como insuficiente para dar una versión completa⁸⁴.

Con lo cual, es cierto que se articulan tres momentos que nunca coinciden y hacen que los relatos siempre estén incompletos. Estos momentos tienen que ver con “el tiempo de la experiencia clínica, el proceso de construcción del caso en momentos determinados de esa experiencia y el modo de exposición del caso a partir de un punto de ella, ya sea un punto conclusivo o no. Esta distinción implica que sea muy distinto presentar un caso en curso o presentar un caso concluido en el tratamiento”⁸⁵. Cuando el caso es del momento presente de la experiencia

⁸⁴ Lyotard, Jean-Francois. (1984) *La condición postmoderna*. Madrid: Cátedra ed. 2014 p. 61

⁸⁵ Serra, Martha. (2008) *Algunas observaciones sobre la presentación de casos*. En L'Àperiodic Virtual de la Secció clínica de Barcelona, Nodos XXII, <http://www.scb-icf.net/nodus>

clínica, generalmente el saber sobre el mismo es aún un enigma, por lo que se cuenta para supervisarlo.

Para transmitirlo con posterioridad, hay que tomar cierta distancia, que haya pasado cierto tiempo, que se haya asentado la experiencia de la escucha, que las escenas creadas en análisis se hayan acomodado para dar paso a un saber sobre el psiquismo humano. Trabajar con el inconsciente de cada sujeto implica el trabajo con un saber que se enfoca en lo singular, en la particularidad del discurso de cada sujeto se apunta a un saber en movimiento continuo, y por tanto no apunta a un saber universal sobre los casos.

Se podría hacer toda una lista de lo que “no es” el caso clínico en psicoanálisis: no se apuesta a la universalidad del síntoma, no intenta verificar datos ni enfatizar la biografía específica del sujeto, no pretende ser parte de las estadísticas de casos diversos, tampoco universalizar respuestas adaptativas ni diagnosticar enfermedades, “no es el camino de la verificación de un saber ya allí, un saber constituido sino el encuentro, siempre, de un saber nuevo, único de cada sujeto que atañe a la singularidad de su solución”.⁸⁶ No se trata de preservar de algún modo la objetividad del discurso científico y tampoco es una cronología de la vida del paciente. Y encima de todo esto, tampoco tiene un orden específico, no hay reglas para su construcción, depende de la finalidad, las categorías de en análisis, el tiempo de caso (presente o pasado), etc.

¿Entonces de qué se trata en psicoanálisis? En psicoanálisis, el caso es lo que se construye partir de la singularidad de la experiencia de la transferencia que, desde el deseo de quien la expone, es decir la posición del deseo del analista, lo que se verifica es la puesta en acto del inconsciente en momentos cruciales de proceso analítico. La presentación de caso es una construcción que por mínima que sea, intenta rescatar la experiencia subjetiva donde se entrelazan fantasías, sueños, deseos del sujeto en asociaciones diversas, en una construcción donde se revelan los significantes que han marcado su encuentro con el analista y que lo han representado en el lugar del Otro.

El analista está entonces en un primer plano al contar el caso y la construcción que hace da testimonio de su posición en la escucha, de modo que

⁸⁶ Serra, Martha. (2008) *Op. Cit.*, <http://www.scb-icf.net/nodus>

se pone en juego la posición del analista en lo que no comprende del discurso mismo, se trata de atender a la lógica en la que el discurso del paciente se va desenvolviendo, una lógica sin tiempo y muchas veces sin sentido, pero que obedece a la lógica inconsciente que despliega su deseo.

Si se entiende el síntoma como ese nudo de palabras no dichas que conservan un sentido y nos interrogan en su busca, la respuesta no tiene que ver necesariamente con ganar en el sentido de eliminar el síntoma sino con su vaivén, donde la articulación de las palabras mismas, deshace unos nudos y crea otros enlaces. Descifrar el enigma de los síntomas, requiere sumergirse en esos juegos del lenguaje con los que el deseo inconsciente se arma como un enigma y se entreteje con la censura. Sin embargo, el gozo de los nudos, impide el deseo de los enlaces. En el psicoanálisis, se accede a esos nudos hablando y los juegos del lenguaje estarán regidos por la censura, donde lo dicho encubre una verdad enigmática que proviene del decir del sujeto donde "cada enunciado debe ser considerado como una jugada".⁸⁷

Discurso que apuesta a un saber singular sobre el síntoma⁸⁸, que le corresponde al sujeto que habla y que atañe a su historia y a su verdad, que se articula en su discurso con palabras que no salen con facilidad y que suelen ser enigmáticas, se enlazan con dificultad teniendo algunas veces, sus repercusiones en el cuerpo. El sujeto espera la solución de su enigma, la disolución de su dolor y la eliminación de su sufrimiento, pero el psicoanálisis, renueva su enigma en un saber continuo, disminuye su dolor y su sufrimiento se transforma en un nuevo lazo. El saber particular que emerge del discurso en cada síntoma es, como bien dice Lyotard, una jugada que hace lazo social, y lo que cada sujeto cuenta tiene algo de especial, contribuye a una reconstrucción subjetiva a través de la reelaboración de su propia historia, a reparar lo que de sí mismo el dolor dejó deshilachado y con estos lazos, los sujetos hacen vínculos que les ayudan a sobre llevar el malestar cultural actual.

Sin embargo, viene bien hacer una síntesis de las diferentes concepciones de casos clínicos en lo que respecta a las disciplinas de la salud mental.

⁸⁷ Lyotard, J.F. (1984) *Op. Cit.* p. 28.

⁸⁸ Se alude a la concepción de síntoma desde el psicoanálisis, tal como se consideró en el capítulo anterior. Cfr., p.59

Cuadro 2.1. Algunas diferencias en la consideración de casos clínicos

Casos clínicos	Psiquiatría	Psicología	Psicoanálisis
Definición	Presentación de un enfermo con un trastorno mental, sus signos, síntomas, desarrollo y tratamiento con la finalidad de aprender y/o evaluar su tratamiento.	Presentación de las sesiones de un enfermo en su literalidad y veracidad sobre un trastorno o problemática específica, sus síntomas y su desarrollo para aprender y/o evaluar una conducción que le permita una adaptación adecuada.	Presentación de las evidencias de lo inconsciente en el discurso de un sujeto, sus síntomas, su desarrollo, para encontrar una dirección de la cura a partir de un saber particular.
Hipótesis	Encontrar las causas anatomo-patológicas de una enfermedad mental	Encontrar en enlace entre lo emocional y lo somático en los síntomas presentados, mediante el método de la palabra y la conducción directiva hacia una resolución adaptativa.	Encontrar al sujeto del inconsciente en el discurso, los significantes a los que está sujeto y el sentido de los síntomas, el saber inconsciente que los habita y que permite su desenlace de los efectos físicos y emocionales.
Método	Método diagnóstico empleado: observación, examen mental completo, análisis neurológicos en casos necesarios y el aspecto fenomenológico de los síntomas.	Método diagnóstico empleado: observación, breve examen mental, escucha y reporte de síntomas, pruebas psicológicas necesarias para descartar alteraciones neurológicas, contratransferencia del terapeuta.	Se escucha y se trabaja en transferencia, se escucha la posición subjetiva en torno a las estructuras clínicas, el diagnóstico se mantiene como hipótesis.
Objetivo	Construcción de un “saber científico” sobre la tipología y clasificación de los síntomas, su método y su enlace con la neurología le permite encontrar sus conexiones fisiológicas.	Construcción de un “saber científico” sobre la escucha de casos, las causas emocionales enlazadas en los síntomas presentados para lograr una reeducación emocional que elimine síntomas y refuerce alternativas de afrontamiento y resolución adaptativa.	Ubicar las operaciones significantes que evidencian algo de la verdad subjetiva de cada analizante y que detienen el circuito del deseo en el sujeto.
Finalidad	Eliminación de síntomas breves, cura de la enfermedad o estabilización de síntomas que impidan el agravamiento. Lograr la funcionalidad y adaptación.	Eliminación de síntomas breves en torno a problemáticas emocionales específicas, encontrar estrategias de afrontamiento de las problemáticas presentadas para lograr una “sana” adaptación a las circunstancias y funcionalidad en su entorno.	De acuerdo a Freud: ser capaces de amar y trabajar con efectos duraderos. Lacan añade: hacer algo con los síntomas, más deseo y menos goce.

En este cuadro se han sintetizado las diferencias sobre los casos clínicos. Las tres disciplinas, como podemos ver, atienden los mismos síntomas de modos diferentes. La psiquiatría intenta encontrar las razones “objetivas” del síntoma, buscar sus causas en la fisiología y resolver desde ahí, mira el síntoma, lo clasifica y lo médica. En sus métodos está principalmente la observación, la recopilación de la información por parte del paciente mediante la anamnesis o historia clínica a fin de encontrar lazos con el factor hereditario y formular un diagnóstico derivado en sus observaciones y en sus conocimientos anatómo-patológicos y basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) a fin de desplegar un tratamiento farmacológico que logre eliminar y/o estabilizar los síntomas del sujeto de acuerdo a su gravedad, su trabajo con la palabra es solo como intermediación con el aspecto fisiológico.

La psicología, asumiendo el saber de la psiquiatría, intenta enlazar el malestar físico con el malestar emocional, utiliza la palabra, pero la cimenta en la mirada del síntoma mediante la aplicación de exámenes mentales y pruebas psicológicas puedan confirmar lo que el sujeto dice y que le ayuden a formular un diagnóstico de acuerdo al DSM vigente, intenta verificar el discurso con el que trabaja y, en su tratamiento, establece objetivos de cambio para lograr la eliminación del síntoma y la adaptación funcional del sujeto.

Por su parte, el psicoanálisis trabaja con la emergencia de la transferencia y el discurso del sujeto, no intenta verificarlo sino hacer evidente la emergencia de las manifestaciones del inconsciente, a fin de enlazar el síntoma con su sentido y con los significantes que lo determinan. Su trabajo clínico es a partir de la escucha, no del diagnóstico, para conducir la cura que no consiste en una total eliminación de los síntomas, misma que puede darse por añadidura, sino una subjetivación que permita historizarlos, darles su lugar y hacer con ellos algo distinto que sufrirlos.

La narrativa de un caso desde esta perspectiva carece de regularidad, homogeneidad y simetría, se escurre en él un saber no del todo dicho o dicho a medias como promesa de un camino o posible hilo conductor de su lógica misma. Se trata de una narrativa peculiar pero que puede tener criterios de agrupación y

selección específicos. Maldawsky al hablar investigación en psicoanálisis, sostiene que: “La afirmación de que los estudios clínicos psicoanalíticos se dan “caso por caso” no impide que estos puedan ser reunidos según diferentes criterios. La reunión de varios pacientes (o de fragmentos discursivos de un mismo paciente) por un rasgo en común forma parte de la tradición de la investigación en psicoanálisis”.⁸⁹ Sin embargo, hay que considerar que la transmisión de un caso no significa que se despliegue la totalidad de su saber, sino que se permita su ampliación permanente e impedir que se encierre en una sola verdad diagnóstica, producto de cualquier saber previo del que se trate.

Puede constatarse el símil entre las posiciones psiquiátrica y psicológica, así como sus diferencias con el saber que plantea el psicoanálisis. Se puede decir de hecho, que escuchar es algo que hacen las tres disciplinas de algún modo, pero con finalidades distintas, la diferencia entonces está no en lo que se escucha, sino en el modo y la posición desde donde que se escucha, así como en la dirección de la cura. Como bien dice Conde: “hay una patología y varias miradas clínicas, ya que la clínica es un recorte de la realidad del paciente en el que la concepción de enfermedad que tenga el clínico tiene toda su importancia”.⁹⁰

De tal suerte que, en todas las disciplinas, escribir sobre casos clínicos lleva consigo una gran responsabilidad ética y un gran compromiso con el saber y su transmisión, pues contar un caso conlleva la necesidad de esclarecer un enigma a través de una narrativa muy peculiar, donde “los relatos biográficos están hechos de elementos internos en continua tensión, en continuo desplazamiento” como bien advierte Marinas en investigación sobre las historias de vida,⁹¹ y pueden convertirse en procesos de enunciación lleno de significaciones profundas para el sujeto y con efectos muy particulares.

⁸⁹ Maldawsky, D (2006) *Caso por caso: apuntes sobre la estrategia freudiana de investigación clínica*, en http://www.psicoanalisis.com.ar/investigaciones/caso_por_caso.htm

⁹⁰ Conde Díaz, M. (2004) *Psicoanálisis, medicina y salud mental*. Madrid: Síntesis, p. 193.

⁹¹ Marinas, M (2007) *La escucha en la historia oral*. Madrid: Síntesis, p. 77.

2.2. Enlaces y desenlaces

Reiteramos entonces que escribir sobre un caso o varios adquiere diferentes tintes dependiendo del espacio de conversación clínica en el que se dé su exposición, sin embargo, en todos los ámbitos tiene como propósito la transmisión de un saber, cuestión que se pone en juego en el ámbito del lenguaje y que apunta a la creación de un lazo social donde cada disciplina despliega su propia posición en el juego. Lyotard plantea este lazo social como un juego del lenguaje

En esta diseminación de los juegos del lenguaje, el que parece disolverse es el propio sujeto social. El lazo social es lingüístico, pero no está hecho de una única fibra. Es un cañamazo donde se entrecruzan al menos dos tipos, en realidad un número indeterminado, de juegos de lenguajes que obedecen a reglas diferentes.⁹²

Así que, escribir casos clínicos para médicos, para abogados, para psicólogos o para psicoanalistas, conlleva posiciones distintas en los juegos del lenguaje y los efectos en la recreación de los lazos sociales también marcan su diferencia. Las diferencias disciplinares planteadas tienen a su vez un modo particular de presentar casos clínicos, dependiendo del objeto de estudio y de su tratamiento.

Se pueden definir en el trayecto de esta investigación, dos posiciones diferentes frente a la escucha de los casos y el reporte de los mismos. La escritura de casos desde la psicología, particularmente dentro de la institución y la escritura de casos desde el psicoanálisis en consulta privada, con la finalidad de contrastar una experiencia particular donde las dimensiones psicológica y psicoanalítica permitieron poner en evidencia las diferencias en la posición de quien escucha y la actualidad de los aportes del psicoanálisis ante los síntomas de la época actual.

Acceder a escribir sobre casos clínicos, implica dilucidar y contrastar la propia posición en la escucha, habrá que constatar como ésta se va modificando en el proceso, primero de aprendizaje y luego de ejercicio clínico particular, donde el deseo del analista llega a ser la posición final que promueva una dirección de la cura

⁹² Lyotard, Jean-Francois. (1984) *Op. Cit.*, p.28.

acorde a la lógica de cada caso. Este trayecto es semejante al descrito por Freud frente al síntoma: recordar, repetir y reelaborar⁹³ lo escuchado para poder transmitir algo sobre esa experiencia, sobre eso que va quedando, que se va asentando en la experiencia clínica.

La propia experiencia clínica inició en el campo de la psicología, donde escribir sobre un caso desde la formación y práctica psicológica dentro de las instituciones, tuvo que ver con saber reportar los síntomas encontrados, realizar un diagnóstico, elaborar una estrategia de afrontamiento para el paciente de acuerdo a un modelo de atención específico. Este modelo de atención fue creado específicamente para la atención de casos sobre violencia sexual donde todo practicante de la psicología, debía aprender a aplicarlo: delimitar de qué tipo de agresión se trataba, contrastar los síntomas presentados en cada caso, verificar si había o no síntomas comunes para cada uno de ellos y colaborar de manera multidisciplinar (atención médica, psicológica y legal) para su tratamiento.

En los inicios de la práctica clínica, la ansiedad presente en las diversas demandas se entrecruzan y se ponen en juego, la ansiedad propia de principiante a quien se le demanda un saber hacer, la que se encuentra presente en la demanda de mantener el prestigio de la institución frente al reporte de los síntomas, misma que se centra en los logros de la institución frente a la atención de casos para los que fue creada, así como la ansiedad presente en las personas que demandan una cura de los síntomas, el olvido de las experiencias traumáticas y el regreso a la cotidianidad sin angustia.

Así, la ansiedad de los terapeutas era controlada en los grupos de supervisión, con el requisito de estar en psicoterapia personal debido a la intensidad de los procesos que se iniciaban y, en la metodología se privilegiaban los formatos, controles, número de personas atendidas, casos que pueden atenderse en grupo, de modo individual y/o interdisciplinariamente, etc.

⁹³ Freud señala la importancia de recordar, de relatar las escenas traumáticas, repetirlas y reelaborarlas para poder tomar distancia de ellas, moverse a otro espacio del saber sobre el propio síntoma. Freud, S. (1914) "Recordar, repetir, reelaborar. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)" en Obras Completas, Amorrortu Editores. Tomo XII. Buenos Aires, 1995.

La institución ubicada en la Ciudad de México, atendía específicamente casos de agresiones sexuales diversas, con un modelo específico de atención por cuyo programa de capacitación tenían que pasar las psicólogas antes de iniciar la atención de las personas que consultaban, se capacitaban con cursos sobre terapia del abuso sexual, modalidades y tiempos de atención, sobre trámites y procedimientos de atención interdisciplinar, diagnósticos y estadísticas de los casos atendidos, etc. En la atención de los procesos terapéuticos, rara vez llegaba a un año de atención y las metas a lograr tenían que ver con la funcionalidad y la re-adaptación social.

Desde esta perspectiva, los tipos de intervenciones en las sesiones terapéuticas estaban encaminadas a lograr el bienestar emocional de quien había sufrido algún tipo de agresión sexual y el aprendizaje de estrategias para la superación del evento traumático. El reporte de los casos tenía un formato específico que obedecía a las necesidades de la institución y la lógica del formato solía tener el siguiente orden:

1. Datos actuales del paciente (nombre, edad, sexo, escolaridad, ocupación, religión y estado civil).
2. Motivo de consulta, razón por la que asistía, los síntomas presentados, así como un breve examen mental: aliño, percepción, colaboración, juicio, etc.
3. Historia clínica, la cual se iba llenando conforme pasaban las sesiones, se asentaban datos biográficos de su desarrollo: su concepción (si fue planeada y deseada), su primera infancia, salud, niñez y etapa escolar, adolescencia, juventud y elección de vida, aspectos laborales, sociales y sexuales en su desarrollo, así como su estado emocional en general. Incluía la composición de la familia nuclear y familia constituida en caso de ya tener una, incluyendo un familiograma que graficaba las relaciones generales entre sus miembros.
4. Reporte del examen mental que se realizaba en las primeras entrevistas a fin de formular un diagnóstico.
5. Luego de estos datos se iniciaba la descripción de las sesiones, una a una, con el discurso del paciente y las intervenciones del terapeuta y, al final, el estado emocional del terapeuta ante el discurso del paciente, su contratransferencia que,

según la orientación terapéutica, tenía que ver con la confirmación del diagnóstico inicial.

Los casos que se presentan a continuación fueron algunos de los atendidos entre los años 2000 y 2002 de manera institucional y en transición a la consulta psicoanalítica privada, por lo que pueden apreciarse categorías de clasificación usuales en la psicoterapia. De acuerdo a las diversas concepciones sobre salud y enfermedad, sobre síntoma y diagnóstico expuestos en el capítulo anterior, podremos constatar como las categorías utilizadas en la psicoterapia, tiene que ver con el predominio de la clínica de la mirada derivada de la psiquiatría, el manejo del síntoma desde los aspectos disfuncional y patológico vinculando los aspectos emocionales del mismo y la tendencia a la funcionalidad del sujeto planteando metas objetivas, adaptativas y en tiempo previamente establecido institucionalmente, ya que, debido a la gran escala en la frecuencia de los casos y el insuficiente personal para su atención.

En general, el tiempo designado para cada uno es limitado, generalizado a todos los casos y, aunque se trabaja con la palabra, el trabajo interdisciplinar que puede llevarse a cabo en cada caso, si tiene de positivo un trabajo colaborativo e integral sobre cada uno, tiene también el riesgo de olvidar el discurso subjetivo propio de quien ha sufrido la agresión para privilegiar el discurso institucional y psiquiátrico respecto a la tendencia normativizante y funcional para “la cura” de los síntomas que se derivan de la violencia sexual.

Las categorías utilizadas responden así a un tipo de escucha propio de la psicoterapia que, si bien tiene aportes importantes en la superación de los eventos violentos, corre el peligro de crear nuevas identificaciones en el sujeto que le impidan el acceso a su verdad sobre la posición que ocupa respecto de la agresión en la que participó. Se han seleccionado entre muchos, dos casos de violación, dos casos de incesto y dos casos de abuso sexual a fin de observar el tipo de atención institucional, el tipo de escucha y sus objetivos. Veamos algunas de las categorías expuestas.

Cuadro 2.2. Algunas categorías de análisis de casos psicológicos

Casos de Violación	Categorías de análisis: casos de violación				
	Trauma	Síntomas y diagnóstico	Conceptos y etiología	Perspectiva, tipo de terapia, posición del terapeuta	Modo y elementos de intervención
Bertha	Violación en un taxi	<u>Síntomas</u> : inseguridad, miedo a estar sola en su casa, a salir sola porque piensa que la persiguen, bloqueo, no ha podido llorar. Gastritis, se come las uñas, se arranca el cabello. <u>Dx</u> : Depresión por estrés postraumático.	Entrevista Rapport Proceso terapéutico Autoestima Tipos de agresiones sexuales Perfil del agresor Perfil del agredido Diagnóstico Tratamiento: tipos de terapia Proceso de cambio DSM-III-R Depresión Estrés postraumático	Perspectiva: psiquiátrica/psicológica Tratamiento en terapia individual Tipo de entrevista abierta. Tipo de terapia directiva Posición del terapeuta: desde la contratransferencia. Énfasis en el proceso de cambio: El terapeuta tiene que “hacer algo” o “devolverle algo” al paciente para que elabore entre sesión y sesión y que contribuya a un cambio en sus síntomas.	Proceso institucional: entrevista, examen mental, historia clínica, diagnóstico y tratamiento. Tipos de intervención: <ul style="list-style-type: none"> • Narrar la violación y sus efectos. • Procesos de escucha de emociones y sensaciones corporales • Conexión de síntomas con su historia. • Resistencias. • Conciencia de los procesos de aprendizaje y sus identificaciones. • Re-educación emocional para el manejo de sentimientos y su comunicación. • Proceso de cambio: logros.
Flor	Violación en el transporte público	<u>Síntomas</u> : descenso de humor, poca tolerancia, depresión, inseguridad, pensamientos recurrentes acerca de que el novio la va a dejar por alguien que no haya sido violada, irritabilidad y llanto frecuente. Información confiable, dada por ella misma. <u>Dx</u> : Depresión por estrés postraumático.			

Caso de Incesto	Categorías de análisis: casos de incesto				
	Trauma	Síntomas y diagnóstico	Conceptos y etiología	Perspectiva, tipo de terapia, posición del terapeuta	Modo y elementos de intervención
Miranda*	Incesto y abusos constantes hasta los 14 años.	<u>Síntomas</u> : depresión, dificultad para relacionarse con su hijo que es a la vez hijo de su padre, dificultades familiares, períodos de llanto.	Entrevista Encuadre Rapport Proceso terapéutico Autoestima Diagnóstico Tratamiento: tipos de terapia Proceso de cambio DSM-III-R Depresión* Depresión grave** Tricotilomanía Ideas suicidas.	Perspectiva: psiquiátrica/psicológica Tratamiento en terapia individual Tipo de entrevista abierta. Tipo de terapia no directiva Posición del terapeuta: desde la contratransferencia. Énfasis en el proceso de cambio: El terapeuta tiene que “devolverle algo” al paciente para que elabore entre sesión y sesión y que contribuya a un cambio en sus síntomas.	Proceso institucional: entrevista, examen mental, historia clínica, diagnóstico y tratamiento. Tratamiento:
Ana**	Incesto y abusos constantes desde los 3 años.	<u>Síntomas</u> : mal humor, sentimientos de autodevaluación, llanto constante, irritabilidad, dificultad para poner límites a la gente, agresividad con su hija. Se aísla, no sale de su casa ni se relaciona con la gente, no encuentra sentido a la vida. Depresión, ideas suicidas, gastritis, obesidad, asma, tricotilomanía en períodos de angustia. <u>Dx</u> : Depresión grave, Ideas suicidas. Tricotilomanía			<ul style="list-style-type: none">• Momento de llegada a la terapia• Narrar el incesto y sus efectos• Emergencia de recuerdos, conexión del pasado con el presente.• Aparición de fuertes resistencias al recuerdo• Procesos de escucha de emociones y sensaciones corporales.• Enlaces entre el pasado y el presente.• Repeticiones e identificaciones• Relaciones con los hombres• Proceso de cambio
Nota: este caso se tratará más ampliamente en el abordaje psicoanalítico de los casos de incesto, en el capítulo 6.					

Casos de abuso sexual	Categorías de análisis: casos de abuso sexual				
	Trauma	Síntomas y diagnóstico	Conceptos y etiología	Perspectiva, tipo de terapia, posición del terapeuta	Modo y elementos de intervención
Paco	Abuso sexual	<p><u>Síntomas:</u> inseguridad para mantener sus proyectos, dificultad para reclamar sus derechos de una manera pacífica y mantener relaciones interpersonales cordiales. Se siente inconstante, con poca confianza y seguridad en sí mismo, así como temor de enfrentar situaciones que requieran un dialogo abierto y claro.</p> <p><u>Dx:</u> Depresión leve</p>	<p>Entrevista Rapport Proceso terapéutico Autoestima Perfil del agresor Perfil del agredido Diagnóstico</p> <p>Tratamiento: Tipos de terapia Proceso de cambio DSM-III-R Depresión Estrés postraumático</p>	<p>Perspectiva: psiquiátrica/psicológica Tratamiento en terapia individual Tipo de entrevista abierta. Tipo de terapia no directiva</p> <p>Posición del terapeuta: desde la contratransferencia.</p>	<p>Proceso institucional: entrevista, examen mental, historia clínica, diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Narrar el abuso y sus efectos. • Relaciones familiares. • Emergencia de recuerdos, conexión del pasado con el presente. • Culpas y responsabilidades. • Enlaces entre el pasado y el presente. • Repeticiones e identificaciones • Relaciones con los hombres • Proceso de cambio
Anselmo	Abuso sexual	<p><u>Síntomas:</u> de deprimirse con frecuencia y no terminar los proyectos que comienza, dice ponerse ansioso. Solía tomar 3 veces a la semana y ahora solo lo hace en eventos sociales y cuando se deprime mucho toma y cuando toma busca relaciones con prostitutas.</p> <p><u>Dx:</u> Distimia</p>		<p>Énfasis en el proceso de cambio: El terapeuta tiene que “hacer algo” o “devolverle algo” al paciente para que elabore entre sesión y sesión y que contribuya a un cambio en sus síntomas.</p>	

Los relatos se presentan así, bajo las categorías de: a) Tipo de trauma sufrido; b) Síntomas y diagnóstico; c) conceptos etiológicos y otros elaborados por la psicología; d) Tipo de terapia utilizada y modos de intervención; e) Posición del terapeuta en el tratamiento.

En cuanto al tipo de agresión, se utilizaban tres categorías en las cuales agrupar a los pacientes: violación, abuso sexual e incesto, casos específicos a los que la institución dedica su actividad específica y que ayuda a diferenciar asimismo los modos de intervención particulares para cada uno. Los casos se presentan en ese orden. La siguiente sesión de un caso muestra la estructura del tratamiento inicial de los pacientes en la institución.

Caso Bertha⁹⁴

Bertha, de 23 años de edad, acude a consulta por haber sufrido una violación reciente. Actualmente se queja de inseguridad, miedo a estar sola en su casa, a salir sola porque piensa que la persiguen. Dice que no ha podido llorar, que se lo ha contado a su familia y amistades cercanas, menos a su novio que no vive en la misma ciudad.

1ª. Sesión:

El paciente se presentó puntualmente, en buenas condiciones de higiene y aliño. Se le hicieron las mismas preguntas de la entrevista inicial con la finalidad de verificar la veracidad de la información dada en la primera entrevista, la cual pudo ratificarse como correcta. Su actitud durante la sesión fue normal, no parecía verse afectada por lo sucedido, no lloró ni se puso nerviosa, ella misma lo reconoce. Entre los aspectos relevantes de la sesión abordó de modo general el suceso de la violación ocurrida en un taxi:

Cuenta que iban a una fiesta una prima y ella, que tomaron un taxi cerca de un parque en la Ciudad de México, el chofer las iba viendo por el espejo retrovisor. Al poco rato, hizo como que se le descompuso el carro y se detuvo, al instante entraron dos tipos más y les empezaron a quitar sus cosas, diciéndoles que no les iban a hacer nada, pero uno de ellos empezó a tocarla y le dijo “tú si te vas a mochar ¿verdad?” y le pasaba un instrumento cortante por la cara, diciéndole que si no, le iba a dejar “un recuerdito en la cara”. Uno de ellos le dijo que se quitara los pantalones y los otros dos empezaron a tocarla en los senos y a besarla en el cuello, mientras el otro la violaba. Luego solo le

⁹⁴ Los nombres de los pacientes presentados han sido modificados por obvias consideraciones éticas

dijo que se pusiera el pantalón. El taxi estuvo en movimiento todo el tiempo, les dijeron que ya las iban a bajar, al bajarlas les dijeron que no voltearan porque si no les iban a disparar. Las dejaron en una colonia cercana a su trabajo y ya no quiere regresar, porque teme que anden por ahí, la persigan o le haga daño otra vez.

Actualmente le cuesta mucho trabajo salir sola, le da miedo cualquier ruido, piensa que la persiguen, no quiere quedarse sola en su casa y su mamá tiene que dormir con ella por el miedo que le da a que vayan a entrar. Dice que sus planes se han visto afectados, que pensaba seguir trabajando, pero que no ha podido, sin embargo, el dueño es el esposo de su mejor amiga le dijo que ahí tendría su lugar cuando estuviera lista otra vez. Iba a tomar clases de inglés y se iba a ir a Cancún seis meses más o menos porque allá vive su novio y quería trabajar allá un tiempo y luego regresar a estudiar, pero que ahora le da miedo y que tal vez no haga nada de eso. Comenta que nunca había pensado en que le pasaría algo así, que siempre había sido bien confiada y tranquila y ahora todo le da miedo. Dice que sin embargo, no ha podido llorar, que se siente rara por eso porque es muy llorona, pero que lo ha comentado con su familia y con sus amistades cercanas, menos a su novio y no sabe si decírselo o no.

Se estableció el encuadre del tratamiento: horario y frecuencia semanal, consultorio, duración de cada sesión, cuota y manera de trabajar. Entrevista abierta, intervenciones aclaratorias sobre la información proporcionada. Se le pidió que trajera por escrito su autobiografía. *Historia clínica*: No se inició. *Actitud terapéutica*: tranquilidad, seguridad y escucha.

La sesión transcrita presenta la *estructura* del tratamiento institucional que existía en base al tipo de trauma a tratar, es decir, las agresiones sexuales, razón de su existencia, temática de la que trataban todas las sesiones con los pacientes que sufrían el tipo de síntomas ocasionados por este tipo de eventos y, cuyo proceso en todos los casos⁹⁵ obedecía a la numerosa población de acudía:

Entrevista inicial: era el primer contacto con el paciente, realizada por una trabajadora social o una psicóloga, para recopilar los datos del caso, después se asentaba el nombre del paciente en la lista de espera a fin de ser canalizada ya sea a terapia grupal o individual, dependiendo del caso y de las terapeutas

⁹⁵ Tanto la recopilación de los datos del paciente, la primera entrevista, el examen mental y la historia clínica se realizaban de acuerdo a formatos propios de la institución, para fines estadísticos posteriores.

disponibles. Por esta razón, en la transcripción de los casos hay un párrafo previo a la primera sesión que resume el motivo de consulta. En algunos casos, las personas venían en crisis por ser muy reciente el evento y, si no había quién le atendiera, asentándole en una lista de espera, aunque la persona lo aceptaba, en algunos casos no volvía.

Una vez canalizada a una terapeuta, ésta recibía el formato de la entrevista inicial y el examen mental realizado a fin de corroborar los síntomas que se describían de acuerdo al DSM vigente. A esta descripción se añadía la aplicación de algunas pruebas psicológicas para la detección de estados de angustia, niveles de masculinidad-feminidad y se emitía el diagnóstico de acuerdo a la terminología psiquiátrica. La aplicación de las pruebas psicológicas se hacía a lo largo del proceso conforme se fuera viendo necesario, no se hacía en todos los casos. Al iniciar el proceso terapéutico se establecía el encuadre del tratamiento. Una vez iniciado el proceso, se iban transcribiendo las sesiones del paciente y elaborando su historia clínica correspondiente.

En la transcripción de las sesiones no existía un interés de cotejo con algunos conceptos psicológicos específicos, solo se retomaban aquellos que en los estudios fueron parte del entrenamiento, tales como la noción de entrevista y sus tipos, las condiciones de la misma como el *rappport* y la empatía, el trauma, los elementos diagnósticos, el examen mental, las pruebas psicológicas de evaluación de la personalidad, el proceso terapéutico y su condición de establecimiento del encuadre terapéutico (explicación del proceso, horario, frecuencia, duración, pago de las sesiones, etc.), los objetivos a lograr en el proceso, que tenían que ver con la superación del evento traumático, los modos de intervención encaminados a un proceso de cambio en las personas que consultaban, los tipos de terapia existentes y las herramientas utilizadas para lograr ese cambio que buscaban los consultantes, generalmente de tipo adaptativo.

Del mismo modo, lo más enfatizado tenía que ver con el modelo etiológico del DSM vigente, donde la descripción de los síntomas y el diagnóstico ocupaban un lugar central. Lo específico de la formación para la atención a este tipo de casos de violencia sexual, el conocimiento tenía que ver con los tipos de agresión sexual, del perfil del agresor, victimología y los tipos de gestión para el asesora-

miento interdisciplinar, amén de los diferentes tipos de psicoterapia y la diversas técnicas de atención tanto grupal como individual para cada tipo de caso.

Era parte del expediente institucional anexar la historia clínica que se iba llenando a lo largo del proceso y de la cual se reportaba su porcentaje en cada sesión. Para la asesoría de los casos, se reportaban las reacciones contra-transferenciales del terapeuta.

Se construían historias clínicas, biografías, expedientes y testimonios, donde lo importante de contar éstas historias era su lógica funcional y la eficacia adaptativa de los tratamientos, eran historias que se daban por “verdaderas” debido al requisito de verificar los síntomas y la biografía del paciente de modo que el diagnóstico realizado, apoyado en la visión psiquiátrica, tenía una fundamentación lo más objetiva posible. Al mismo tiempo, en cada uno de ellos se entrama la dimensión social del mismo, es decir, el contexto del evento, el tipo de agresor que, para efectos legales, de disminución factores victimológicos y de exclusión, lo común que puede tener con otros casos, así como la dimensión particular, en la que se diferenciaba de otros casos parecidos.

El modelo terapéutico estaba basado en técnicas de terapia Gestalt, como parte del tipo de terapia de *insight* con metas reeducativas, y a veces en el tratamiento y de acuerdo al proceso, se combinaban técnicas utilizadas en las terapias de apoyo, tales como: terapia de arte, terapia de grupo, psicodrama, biblioterapia,⁹⁶ dependiendo de los casos. Entre las técnicas estaba la labor de dejar algunas tareas a los pacientes tales como realizar su autobiografía, escribir algunas cartas, realizar ejercicios de escucha emocional y de su cuerpo, etc.

En los inicios de sesión se animaba a las pacientes a describir como el evento producía los síntomas que sufrían y por los cuales acudían. Aunque no todas conseguían hablar del evento, al principio lo hacen de manera breve, en ocasiones suelen decir más claramente lo que quieren trabajar en la terapia⁹⁷:

Flor narra haber sido violada por un desconocido en un microbús, cuando salía de trabajar. Iba con una amiga y se dirigía al hospital porque su papá estaba internado

⁹⁶ Ver cuadro 1.4. Algunos tipos de psicoterapia, *Cfr.* capítulo 1, p.72s como marco de referencia a los tratamientos empleados, así como las diferencias entre las Terapias de Apoyo y Terapias de insight con metas reeducativas.

⁹⁷ Se ponen en cursivas las categorías analizadas en el discurso de las pacientes.

por diabetes. Le quitaron dinero, identificación, tarjeta de débito y teléfono celular, la amenazaron con una pistola y la presionaron para que les diera la clave de su tarjeta. Le dieron a elegir entre morir o ser violada, ella recuerda que solo dijo que no se quería morir. (Caso Flor, 1ª sesión)

Entre los aspectos relevantes de la sesión el paciente abordó la lista de problemas que quiere trabajar en la terapia, no la escribió, pero mencionó que deseaba superar el miedo, los celos y la dificultad para aceptar la reacciones de los demás cuando no son como ella lo espera o piensa que “debe ser”. (Caso Flor, 3ª sesión)

Poco a poco podían ir tejiendo el contexto de su experiencia, su historia personal en “un progresivo desvelamiento de los enredos, de los silencios ominosos de la palabra, que por su intensidad y progresiva consistencia podemos calificar de síntoma”⁹⁸. Sin embargo, en el *modo de intervención* se seguía una guía a trabajar que no siempre daba continuidad a la intensidad de los relatos, que privilegiaba más bien ciertas técnicas sobre el discurso mismo del paciente, quien en ocasiones no comprendía para qué las tenía que hacer o de qué le servían:

Se le pidió en la sesión anterior que hiciera una autobiografía, la cual realizó de manera muy breve. Manifestó haberse sentido rara escribiendo, pero la hizo sentirse tranquila. (Caso Flor, 2ª sesión)

Bertha empezó leyendo las cartas que se le dejó escribir la sesión anterior, dirigidas a personas con las que está enojada, una a su padre, otra a su prima con la que iba el día de la violación y la otra a sí misma. Dice que no es buena para escribir y que no sabe para qué sirve hacerlo, pero que las hizo breves. (Caso Bertha, 3ª sesión)

En el proceso de *narrar el evento de la agresión sexual*, solían aparecer sentimientos de culpa y enojo con los que salían a relucir otros temas, en ocasiones más importantes en los que se profundizaba poco en orden al seguimiento de un “manual de atención terapéutica” que la institución tenía para estos pacientes:

Dice que la violación “fue una chingadera que le hicieron”, pero que a veces le duelen más otras cosas como la relación con su padre que la violación misma y eso le sorprende, se dice a sí misma si no tiene sentimientos o qué le pasa, pero no tiene

⁹⁸ Marinas, J.M. (2001) *La fábula del bazar: orígenes de la cultura del consumo*. Madrid: Machado Libros, D.L., p. 78

tanto dolor con respecto a la violación, la pone triste, pero le duelen más otras cosas. (Caso Bertha, 4ª sesión)

Relató los asaltos que ha vivido que, junto con el de la violación suman 5 y luego relacionó recuerdos de la infancia con la noche, era en la noche cuando su padre se ponía mal por el alcohol y lo llevaban al hospital. (Caso Flor, 8ª sesión)

Durante el proceso, se reconducían ciertos malestares a la escucha de sus *emociones y sensaciones de su cuerpo*, a conectar síntomas con su historia y hacer conciencia de ciertos procesos de aprendizaje en sus actitudes.

Leyó su tarea sobre los malestares de su cuerpo y comenta al final que siente que no tiene respeto por ella misma ni por su cuerpo.

Le pregunto dónde aprendió eso, a lo cual responde que cree que de su mamá, la describe como dejada de todo el mundo y con una actitud de que todo le vale, actitud que ella ha asumido desde hace mucho tiempo frente a ella misma y frente a su vida. Le pregunto qué habrá detrás de esa actitud, ante lo cual responde que no sabe, que siempre ha sido así, que nunca ha sabido lo que quiere y nunca ha podido decidir algo por ella misma sin importar lo que otros opinen. Comenta que últimamente ha pensado en la violación, que tal vez si ella hubiera hecho algo, la habría podido evitar, que su prima gritó que no y ella solo obedeció a lo que le pedían. Cuando le pregunto si tiene que ver con su actitud hacia su sexualidad, dice que cree que sí, que solía tener muchas relaciones sexuales con diversos chicos, que se sentía fea y gorda y creía que ellos le hacían un favor al pedirle sexo, y ella se sentía como en deuda si les decía que no, aunque ella ni tuviera ganas de hacerlo. (Caso Bertha, 11ª sesión)

La dimensión de la escucha estaba basada en tener que “hacer algo” por al paciente, “devolverle algo” que pudiera elaborar en el tramo de tiempo entre una sesión y otra y que condujera poco a poco a un cambio en los síntomas que sufría, sin trabajar en el sentido de los mismos. Sin embargo, se intentaba *conectar los síntomas con hechos significativos de su historia* para conocer su origen y que ella pudiera hacer algo al respecto, como si los síntomas se vencieran a voluntad:

Comenta que siempre ha sido un poco reservada y tímida para relacionarse, que hasta que toma confianza puede tener una o dos amigas o amigos, pero que le cuesta trabajo, que en secundaria tenía grupo de amigos con los que salía a fiestas, pero

cuando terminó la secundaria se empezó a aislar. Ante la pregunta sobre si este hecho coincidió con algún otro en su vida. Dice que sí, que coincidió con que su madre se contentó con su padre y se fueron a vivir de nuevo con él, que esto le afectó mucho, que bajó mucho de calificaciones en la preparatoria, subió mucho de peso, se puso muy rebelde e incluso tuvo que terminar la prepa en sistema abierto.

Intervención: se le comentó que la relación con su padre era algo importante a trabajar, ante lo cual puso una cara de fastidio y dijo que ya había mencionado porque le cae tan mal. Entonces se le mencionó que no todo lo que ahora le sucede se debe a la violación, que hay reacciones que siempre vienen de atrás y que la relación con su padre puede estar influyendo. Ante su resistencia a hablar del asunto, abordé directamente la violación para preparar después el camino hacia ese punto investigando más sobre su historia. (Caso Bertha, 15ª sesión)

Cuando había *resistencias* a hablar de la violación no se le presionaba para hacerlo, sin embargo, cuando solo hacía falta confirmarle que podía hacerlo sin juicios, se propiciaba el tema mediante el dibujo no del evento sino de sus emociones, a modo de expresión gráfica de la experiencia, de modo que pudiera verbalizar posteriormente sus sentimientos al respecto:

Entre los detalles de la violación (que no había mencionado), recordó momentos en los que, los jóvenes que asaltaron el pesero, le pasaban la pistola por la cabeza, diciendo “o te matamos o te violamos” y ella solo pudo decir “no me quiero morir”. Pensar en la muerte, en lo cerca que ha estado por los asaltos que ha sufrido. Comentó las ganas que le dan de llorar cuando se acuerda, le da mucha tristeza, incluso en el trabajo y tiene que hacer como que no pasa nada. (Caso Flor, 10ª sesión)

Ante su resistencia a hablar del asunto, le di una hoja para que dibujara lo que se siente ser violada a fin de iniciar el proceso de *reeducción emocional* en el manejo de sus sentimientos y su expresión. Al comentar su dibujo, fue breve:

Dijo sin asomo de sentimientos que se sintió sola, triste, desesperada, sucia, con culpa, a oscuras, con rabia, enojo y con llanto. Luego le di otra hoja para que dibujara lo que ha pasado desde entonces, utilizó el color verde, diciendo que ese le inspira miedo, el azul que le deprime, el naranja que significa mal humor y el negro tristeza. Dice que no ha pasado nada, que se aísla en su cuarto y le da miedo todo lo que pasa afuera. Añadió que aún no se le quita el miedo a salir a la calle y que eso la desespera, que acompañada ya no le da miedo y sale si no tiene que tomar

un transporte público, pero que el solo hecho de pensar en tomar un taxi o un pesero, le cuesta mucho trabajo. (Caso Bertha, 15ª sesión)

Uno de los *objetivos del proceso terapéutico* era lograr cambios en la re-adaptación de las pacientes, por lo que se procuraba que las pacientes fueran venciendo los miedos que les dejó el evento y retomaran sus vidas:

Flor dice que ya no tiene la violación en la cabeza todo el tiempo y que su miedo a salir sola está disminuyendo, comenta que la terapia le ha ayudado a escucharse más a sí misma que, aunque no sabe exactamente lo que espera de ella, quiere conocerse mejor. (Caso Flor, 11ª sesión)

Comenta sus logros, que ha estado saliendo más y le ha gustado. Fue a una reunión para celebrar el cumpleaños de la amiga de su novio, Teresa, ante la cual ha sentido celos todo el tiempo. Que la conoció y le cayó bien, se divirtió y se sintió bien de haberlo logrado. (Caso Flor, 15ª sesión)

Bertha llega diciendo que esta semana se ha sentido bien, más tranquila que la semana pasada. Dice que le habló a un amigo se hace mucho tiempo y que en esta semana, se corrieron la voz y le hablaron como diez amigos, a los que va a ver el fin de semana, que le gustó mucho eso y se dio cuenta de que si se la pasa encerrada y amargada es porque ella lo ha decidido, pero que esto que pasó le agradó mucho. Añade que salió varias veces acompañada, que sola, solo fue al gimnasio un día y que mañana va a irse sola a casa de su amiga Rebeca. (Caso Bertha, 16ª sesión)

El tratamiento de casos de violación, debido a la situación en crisis, se atendía en terapia individual, la violación era generalmente un acontecimiento reciente, por lo que el tipo de intervenciones en crisis eran más directivas y puntuales. La duración del tratamiento en estos casos iba de 6 meses a un año. Había en el proceso de Flor, claras demandas de análisis que no pudieron ser atendidas por falta de formación para cambiar el tipo de escucha y atención.

El modelo terapéutico institucional empleaba los mismos tipos de terapia reeducativa en todos los casos, sin embargo, dependiendo del caso solían ser directivas o no directivas. En los casos de incesto y abuso sexual las terapias eran menos directivas que en los casos de violación.

En el tratamiento de los casos de abuso sexual, la atención era grupal, donde el grupo ante la crisis del evento ayudaba a las pacientes a sentirse

apoyadas. Se partía de la premisa de la identificación, donde el escuchar a otras personas que habían sufrido lo mismo, les hacía sentirse “comprendidas”, “identificadas” y apoyadas para encontrar alternativas de superación del evento sufrido. Esta posición, mantenía en las pacientes un alto grado de victimización, que en automático, parecía extenderse a otras áreas de su vida. Cuando en los grupos había alguien que presentaba síntomas graves y/o fueran éstos efectos de una repetición de otro tipo de agresión sexual, se derivaba a un tratamiento individual.

Sin embargo, en todos los casos se utilizaba el tipo de terapia de *insight* con metas reeducativas, donde se variaba entre una posición directiva y no directiva dependiendo de los casos.⁹⁹

El tratamiento de los casos de incesto y abuso sexual duraban más, había fuertes resistencias para pedir ayuda y, cuando se presentaban personas que habían sufrido este tipo de eventos, generalmente lo hacían en un momento de crisis en donde los síntomas ya eran inmanejables o interferían en la estabilidad de sus vidas cotidianas, ya que solían ser eventos muy pasados que habían sido “olvidados” o se habían ocultado por mucho tiempo.

Miranda, mujer de 29 años, acude a consulta por haber “sido violada” por su padre desde pequeña, *no recuerda la edad*, hasta los 13 o 14 años, edad a la que quedó embarazada del padre. Dice haber sido abusada también por su hermano mayor, pero que con él duró menos tiempo, cree que como hasta los 9 años. Actualmente se queja de tener dificultad para relacionarse con su hijo que es a la vez hijo de su padre, dificultades familiares, períodos de llanto.

Su tratamiento inició en terapia grupal por las mañanas. En el relato de su experiencia narraba lo difícil que era para ella, ahora que ya tenía una pareja y un hijo con ésta pareja, conciliar su relación con el hijo tenido con su padre. Estos relatos conmovieron al grupo que la compadecía, más que ayudarla en algo, la participación del grupo no permitía que ella siguiera trabajando en lo suyo por lo que fue canalizada a tratamiento individual. (Caso Miranda, 1a sesión)

⁹⁹ El cuadro 1.4. presentado en el capítulo anterior (Cfr., p.73) explica los objetivos de las terapias reeducativas.

En la *narración del incesto* menciona haberse dado cuenta de lo que sucedía en casa no era normal y lo diferente que se sentía en su grupo de compañeras de escuela:

Ella se dio cuenta de que no estaba bien lo que estaba pasando cuando entró a la secundaria y veía que sus compañeras eran diferentes, que ella no podía relacionarse, era tímida y retraída y, cuando quedó embarazada ni siquiera se dio cuenta de ello, hasta que le creció el vientre. Narra que en la escuela se burlaban de ella por su manera de caminar y le decían cosas desagradables, que en su casa nadie le dijo nada, nadie vio por ella durante su embarazo, la madre se hizo de la vista gorda y nunca la apoyó, incluso cuando iba a dar a luz, ella se sintió mal, no fue a la escuela, pensaba que estaba mal del estómago y cuando fue al baño, retorciéndose del dolor, dio a luz ella sola, ahí en el baño, al ver al bebé se dio cuenta de lo que estaba pasando y no supo qué hacer, hasta que su madre la vio y le ayudó.

Su hijo fue criado no por ella, sino por su madre, por lo que convivió con él como si fuese su hermano, hasta que el chico creció y supo que Miranda era su madre, sin saber a ciencia cierta si él sabía quién era su padre, ella intentó convivir y hacerse cargo de él en su adolescencia, pero resultó en problemáticas familiares que no llegó a profundizar en el tratamiento:

Menciona que ahora, intenta acercarse a su hijo, éste sabe que ella es su madre, pero ignora quién es su padre. Por comentarios de la familia cree que es un secreto a voces, pero que todo el mundo sabe que es hijo de su padre y no sabe si su hijo también lo sabe. Actualmente el hijo tiene 15 años, va a la secundaria y quiere llevárselo a vivir con él. Dice que el tiempo que se salió de su casa trabajó mucho, ahorró y compró un terrenito donde construyó una casita y donde quiere vivir con su hijo, pero que le cuesta trabajo relacionarse con él, que casi no platican, que ella es tutora suya en la escuela y tiene que firmar sus boletas, pero que teme acercarse a él, preguntarle cómo le va, sin embargo, hicieron un trato de verse para ayudarlo con sus tareas, pero el día que convinieron, él no asistió y desde hace casi un mes que no lo ve.

Este caso de incesto fue difícil de tratar, había fuertes resistencias para manejar los recuerdos y la aversión al hijo que tenía con su padre, lo que hizo que el tratamiento fuese corto. Miranda pudo hablar un poco de su familia y la relación que mantenía con cada uno de sus hermanos, pero siempre, al llegar a su hijo-hermano, solo mencionaba que era difícil, sin llegar a articular de modo concreto su sentir sobre ello. Fue al inicio, en la terapia de grupo donde mencionó tener

otro hijo, ya de su pareja actual, lo que dificultaba el manejo de sus emociones respecto al hijo tenido con su padre. Dejó de asistir en medio de la dificultad de conexión, entre los tiempos institucionales y los horarios que se le proporcionaban, con su trabajo y su dificultad para abordar las problemáticas en las que entreveía algo de su responsabilidad en lo sucedido.

Sin embargo, aun cuando en otro de los casos de incesto, el trabajo fue largo, lento y fructífero, la permanencia de los síntomas dejaba entrever la necesidad de otro tipo de escucha, donde en la dinámica del deseo propio del sujeto pudiese crear lazos distintos con ellos en lugar de querer eliminarlos del todo. Es el caso de Ana, que será abordado en el capítulo 6.

El abuso sexual por parte de personas cercanas o desconocidas era, como se ha mencionado, generalmente en grupo, sin embargo, los casos de varones, era difícil integrarlos a un grupo puesto que eran esporádicos y, en la mayoría de los casos eran de mujeres, razón por la que eran tratados de manera individual. Tales fueron los casos de Paco y Anselmo que se analizan a continuación.

Anselmo: Narra que cuando de chico iba a confesarse, el padre siempre le hacía preguntas sexuales, que si se masturbaba, que si veía películas pornográficas, etc. Tenía un amigo que era acólito y lo invitó a entrar de acólito también. El sacerdote le empezó a dar responsabilidades de sacristán desde los 13 años y fue cuando empezó el abuso. Duró cerca de un año, con una frecuencia semanal, generalmente los sábados. Le ponía películas pornográficas, lo besaba lo tocaba y lo penetraba. A cambio le daba dinero y le decía que no le dijera a nadie. A él le daba asco cuando lo besaba sobretodo y permaneció aceptándolo por el dinero que le daba. Al año no aguantó más y se salió. Un padre de los misioneros de Guadalupe le ofreció trabajo a los 17 años y también abusó de él. Lo invitaba a jugar squash y se bañaban en el vapor, le decía que le haría masajes para relajarlo, lo masturbaba y acariciaba y cuando lo penetró, recordó los episodios anteriores, pero no dijo nada. Luego le contó a este padre lo que le había pasado con el otro y él le dijo que “esas cosas pasan, pero no tienen importancia”. Anselmo piensa que le remordió la conciencia porque le empezó a ofrecer que estudiara y que él le daría el dinero que necesitaba, estuvo en una preparatoria particular y cada vez que necesitaba dinero se lo pedía a modo de préstamo y el padre le decía que se lo regalaba. Dice haber pensado en suicidarse dos veces, en ambas se quería aventar al metro... (Caso Anselmo, 1a sesión)

Paco: En su motivo de consulta relata abuso sexual por parte de la pareja de su madre, cuando él tenía 13 años de edad. El abuso duró cerca de cuatro meses, con una frecuencia irregular, pero por lo general semanalmente. Entre los aspectos relevantes de la sesión el paciente relató ser hijo único de madre soltera y haber sido abusado sexualmente por una de las parejas de su madre que, “afortunadamente” no era su padre, diciendo que él no “era uno de esos”. No abundó en el relato del abuso sino en sus efectos. (Caso Paco, 1a sesión)

En el inicio del relato de quienes han sido abusados sexualmente, abundan inicialmente los efectos producidos, y en el relato de sus síntomas ellos mismos van clarificando su *objetivo terapéutico*, lo que quieren lograr al superar el evento sufrido.

Paco: Se queja de inseguridad para mantener sus proyectos, dificultad para reclamar sus derechos de una manera pacífica y mantener relaciones interpersonales cordiales. Dice no poder tener una vida sexual normal, no haber hecho nada de su vida en estos 9 años después del abuso sexual, se siente inconstante, con poca confianza y seguridad en sí mismo, así como temor de enfrentar situaciones que requieran un dialogo abierto y claro.

Comentó su necesidad de trabajar su manera de tomar decisiones, se siente inseguro, deja más bien que las circunstancias le muestren las conveniencias y no define qué es exactamente lo que él quiere para ir tras eso. Dice que su madre se enoja mucho con él por esta razón y comenta que ella es tenaz, define lo que desea y va tras eso sin ver si las circunstancias le favorecen o no sus decisiones. (Caso Paco, 1ª y 2a sesión)

En el caso de Anselmo, los objetivos terapéuticos consistían en superar la depresión, llevar una vida sexual “normal” y establecer una relación de pareja sana. Lo que él deseaba era poder entablar una buena relación con su amiga Vanessa y poder ser su pareja “me deprimó porque no puedo ofrecerle nada, no me siento digno de ella, y cuando me deprimó bebo y cuando tomo busco relaciones con prostitutas.” (Anselmo, 2ª sesión)

Acceden a la *narración del abuso* poco a poco, conforme avanza el proceso terapéutico, van conectando los hechos vividos y el paciente siente mayor confianza y con más libertad para hablar de ellos sin sentirse juzgado e ir

integrando lo vivido a su propia historia, es así como se van mezclando los relatos con los recuerdos.

Paco: Comenta que cuando tenía 13 años de edad, su madre tenía una pareja con la que se había reencontrado, era una persona conocida de muchos años atrás, se hicieron pareja y su madre cambió mucho por esa relación. Que los abusos generalmente eran en sábado, cuando su madre salía a trabajar y se quedaban los dos solos. Dice que ya le hacía bromas en casa como agarrarle las nalgas, pero él no lo tomaba a mal, pensaba que era algo así como las bromas que hacían en la secundaria y no decía nada. La primera vez que sucedió, era un sábado, dormían los tres en una sola habitación pero en camas diferentes, aún estaban en casa de sus abuelos, en la parte trasera de la casa, esta persona se metió en su cama y empezó a tocarlo, él se resistió pero el abusador lo forzó lastimándolo al tomarlo por los brazos desde atrás, lo penetró analmente, lo chantajeó y él no pudo hacer nada, cuando se quedó dormido, quería matarlo, pero no encontró nada con qué hacerlo y la puerta estaba cerrada con llave, él la había cerrado y escondido la llave.

Dice haberse sentido realmente humillado y con deseos de vengarse, que a raíz de la primera experiencia empezó a aprender cómo defenderse y los abusos cesaron después de que esta persona lo vio pelearse en la calle y se dio cuenta de que ya sabía defenderse.

Los abusos fueron en once ocasiones, todas parecidas. Expresa coraje, humillación, enojo contenido, dice que lo hubiera matado y se arrepiente de no haberlo hecho, que tuvo oportunidad de dejarlo caer por la escalera una vez que venía borracho, pero que le metieron en unos retiros a los que una vez fue todo eso del perdón y que no se atrevió y que ahora se arrepiente. Que no se lo perdona a él mismo, ni al agresor, ni a su madre por haberse portado tan sumisa con él cuando ella nunca ha sido así, pero que sobretodo no se lo perdona a él mismo. (Caso Paco 7a sesión)

Narra su *culpa* de haberse “dejado” humillar y no haber hecho nada al respecto, que lo que no se perdona es no haberse defendido o vengado dejando caer a su agresor por la escalera. En esa misma sesión *asocia eventos del pasado con el presente* en lo que ahora vive consigo mismo:

Intervención: y cuando algo no se perdona se siente culpa, y hay que hacer algo por pagar por esa culpa. ¿Cómo te la haces pagar tú mismo? se queda pensativo y dice:

Del mismo modo como mi madre solía castigarme, me privaba de privilegios y siento que ahora yo me privo de ellos cuando dejo de concluir mis proyectos y siento que fracaso en lo que emprendo.

Paco duró poco en tratamiento, solo 14 sesiones en las que mantenía muchas resistencias al trabajo emocional y a las confrontaciones constantes sobre sus decisiones de las que se quejaba, pero no modificaba su manera de tomarlas. Se va porque toma la decisión de casarse y encontró un nuevo trabajo que le impide venir en los horarios propuestos. Otros tratamientos fueron más duraderos, como en el caso de Anselmo:

Comenta que al hacer su autobiografía, la hizo escribiendo todo en base a los abusos sexuales vividos y, relata que, su curiosidad sexual comenzó a los 8 años de edad, cuando una vez, viendo la televisión con su padre, este puso una película para adultos en la que salían desnudos, lo cual lo impresionó, no entendió lo que veía y su padre nunca le explicó nada al respecto. Después quiso volver a ver esas películas y le encontró al padre unas películas pornográficas que estuvo viendo con curiosidad. A los 10 años de edad fue invitado a ser acólito y el padre de la iglesia le hacía preguntas sobre si veía películas pornográficas y si se masturbaba, él le dijo que no sabía lo que era eso, el padre le explicó y fue a esa edad que tuvo su primera eyaculación, sintió raro, creía que se estaba haciendo pipi, pero el placer que le dio le hizo repetir la experiencia, él aclaró poco a poco su información sexual a través de películas de su padre y por su cuenta, ya que en la escuela solo le enseñaban sobre la anatomía y el padre no le daba información solo lo invitaba a estar con él, a tocarse y masturbarse o ver películas pornográficas. El padre era un hombre de cerca de 70 años que le daba dinero cada vez que accedía y lo hacía por el dinero que le daba porque no le gustaba la experiencia, se volvió morbosos respecto de la sexualidad.

En el caso de Anselmo, el abuso se repitió, primero con su padre desde los 8 años y más tarde con el sacerdote. Luego de comentar en las dos primeras sesiones, narra eventos circunstanciales, se resiste a abordar los motivos de su consulta, sin embargo, aunque en este modelo psicológico de atención, había que “retomar el tema” se inicia otro tipo de escucha y se empieza a trabajar a partir de lo que va diciendo en la sesión. A partir de la 5ª sesión empieza a hablar de las relaciones familiares, enfatizando cercanía con su madre y superficialidad en las relaciones con su padre, tiene un hermano mayor que él con quien tiene una relación cercana y de confianza y una hermana menor también cercana, pero no con tanta confianza como con su hermano. Aunque tiene primos con los que tiene

una relación cercana, solo con su hermano puede conversar sus cosas y sabe de los abusos sufridos. (Anselmo, 5ª sesión)

Anselmo se siente muy culpable por los abusos y no se atreve a reconocerlo, prefiere ayudar a otros para sentir menos *culpa*:

Ante la pregunta por lo que hace por sí mismo, responde que “nada, siento que ya no tengo remedio, que mi autoestima está baja y como no puedo remediarme a mí mismo, mejor ayudo a otros, así pienso, primero mi madre, Vanesa, mi compadre, mi hermana y así con todos, ayudarles a que estén bien y luego ya veré si yo puedo hacer algo por mí.

Intervención: ¿porque te dejas al final? Remediar la vida de los demás ¿sería como redimir tu culpa por lo que tú has vivido?, o ¿crees que puedes solucionarle la vida a los demás?, ¿por qué no empiezas por la tuya? Eso no quiere decir que no te preocupes por ellos, pero no puedes tú tomar sus decisiones y conducir sus vidas y si puedes atenderte a ti mismo un poco más sin dejar de apoyarlos, llevas varias sesiones evitando el tema del abuso y tal vez habría que agarrar al toro por los cuernos.

Algo así, creo que así me siento menos culpable, además le tengo miedo a agarrar al “toro por los cuernos”, está difícil, mejor veo por los demás, así pienso. (Anselmo 6ª sesión)... dice que ya sabe que tiene que enfrentar a “su toro por los cuernos”, pero que le da miedo y que, incluso lo soñó, soñó que estaba en medio de una plaza de toros y que le decían que se aventara al ruedo, que el toro no le iba a hacer daño, que se veía en medio de la plaza y cuando salía el toro, lo veía tan grande y bravo que salía corriendo a las barreras, que ahí se despertó asustado. (7ª sesión)

Al empezar una escucha distinta, se retoman lapsus del paciente que se trabajan en sesión:

Menciona que mejor se preocupa por otras personas. Que el viernes pasado se la pasó muy bien porque se fue a una fiesta, tratando de olvidarse un poco de la preocupación por Vanesa, pero se dio cuenta de que la chica que sacó a bailar se parecía mucho a Vanesa en su forma de ser, que platicaron mucho y también tiene problemas con su familia.

Intervención: como Vanesa, quieres olvidarla pero al parecer tienes la tentación de volver a repetir la relación que tuviste con ella, al estar con alguien que se le parece, y así, continuar evadiéndote de ti mismo.

Se sonríe y dice que parece que sí y luego menciona que tal vez ni le es significativa.

Intervención: le pregunto de nuevo por su lapsus ¿no te es significativa?

Dice que al revés, que a lo mejor él no es significativo para ella.

Intervención: se le dice que es la segunda vez que comete el mismo lapsus y que tal vez eso quiera significar exactamente lo que dijo, que no le es del todo significativa, pero que le ha servido para evadirse de él mismo y la preocupación constante es que si ella no está tiene que mirarse a sí mismo y, como no quiere hacerlo, entonces se preocupa por su hermano, por su compadre y por su madre de manera desmedida.

Entonces acepta que le da miedo enfrentar a “su toro” como él le dice y que, aunque sabe que tiene que hacerlo mejor le ha sacado la vuelta. Aquí termina la sesión, se queda sonriendo y pensativo por lo que dijo. (Anselmo 7ª sesión)

En sus relatos narra su historia en general, sus recuerdos del abuso y cuando habla de su desarrollo sexual, lo hace con dificultad porque le da miedo:

No recuerda haber tenido *curiosidad sexual* antes de los 8 años, cuando su padre le pidió que se sentara junto a él y puso una película cuyo comienzo era una situación de violación. Su padre estaba tomado, no le explicó nada y él se quedó impresionado. La película se titulaba “El vengador anónimo”. Después de la película, empezó a tener curiosidad sexual, quería ver el cuerpo desnudo de su hermana y él le mostraba el suyo, dice que solo fue como en cuatro ocasiones. En casa nunca se hablaba de sexualidad ni de desnudez del cuerpo, solo recuerda que veía a su papá desnudo cuando se bañaba o salía del baño pero que lo consideraba normal, hasta que su madre le dijo a su padre que dejara de salir desnudo del baño frente a los niños. En casa no recibió información sexual de ningún tipo. Cuando vio la primera película pornográfica fue cuando experimentó su *primera erección* pero sin eyaculación. Se sentía excitado, todavía no se masturbaba ni sabía lo que era eso. Vivía todas estas experiencias como un secreto, pensaba que si su padre escondía las películas era porque no estaban permitidas para él.

Cuando lo invitaron a ser acólito de la iglesia, y antes de eso, el padre con quien solía confesarse le preguntaba cosas sexuales, se sintió acosado y dejó de ir a confesarse con él. Luego cuando entró de acólito, el padre no le preguntaba nada durante el trabajo, pero se peleó con un compañerito en el sótano de la parroquia y el sacristán los corrió. Fue el padre el que le pidió a sus papás que regresara a trabajar en la parroquia y fue también la ocasión en que supo lo que era la masturbación, el padre se lo explicó y luego, cuando empezaron las caricias y los besos lo masturbó. Lo llamaba los sábados, cuando no había misas, fue en dos ocasiones que

sucedieron las caricias, sentía miedo, tristeza y asco, sobre todo ver su cuerpo desnudo, canoso, el Sacerdote 1, tenía más o menos 60 años. El abuso sucedió desde finales de 5 año de primaria hasta primero de secundaria, de los 10 a los 12 o 13 años más o menos, iba porque le daba dinero. Dejó de ir porque no soportaba la situación.

Transcurrió un año entre el Sacerdote 1 y el Sacerdote 2. El sacerdote 2 tenía más o menos 40 años. Lo invitó a trabajar con él y le ofreció mayor paga por su trabajo, pero él no intuía nada sobre un segundo abuso. Lo invitaba a jugar squash, a bañarse en el vapor y ahí fue donde ocurrió el segundo abuso. En ambos abusos hubo penetración anal.

Los recuerdos le deprimen:

“Dice que toda la semana se ha sentido deprimido, siente que no vale la pena vivir, se siente ansioso, que quiere ser feliz y no puede, que para él, ser feliz es tener una carrera terminada, una pareja y capacidad de comprometerse con ella, tener un trabajo y mantenerlo.

Intervención: ¿por qué no puedes tener todo eso?

Dice “pienso que los demás me soportan, que he fallado como hermano, como hijo, como primo, como compadre, como persona”.

Intervención: fallado ¿en qué?, ¿alguien de ellos te lo ha dicho?

No me lo han dicho, pero yo lo siento así.

Intervención: o sea que tú piensas que los demás piensan que has fallado, ¿por qué te molestas en pensar por ellos si ni siquiera te lo han dicho? Insiste en que no se lo han dicho, pero que él así se siente. Entonces le pregunto por qué tiene necesidad de sentir que ha fallado.

Dice que no había pensado en que tenía esa necesidad, que eso mismo le pasa cuando comienza a estudiar y no termina, que de pronto se le bajan las pilas y ya no concluye lo que empezó.

Intervención: Le pregunto si tiene que ver con lo que hablamos la sesión pasada (historia de su sexualidad)

Dice que tal vez, que se siente mal, que no se atreve a tener una relación de noviazgo con Vanesa a pesar de que lo desea, que antes, cuando se deprimía se iba a la Calzada de Tlalpan y se metía con prostitutas para no sentir, pero que ahora

aunque ya no lo hace, que no se siente capaz de tener relaciones sexuales con una chava normal y que no se siente digno de Vanesa. (Anselmo, 11ª sesión)

Muchas de las *intervenciones* eran explicativas y giraban en torno a los hechos reales para contrarrestar de algún modo a las fantasías con las que no se solía trabajar a profundidad, a fin de que pudiese constatar la irracionalidad de muchos de los juicios que tenía sobre sí mismo y lo que había vivido. Igualmente en el manejo de la culpa, que giraba en torno a lo que hacía en la realidad para pagar por ella:

Dice que se siente culpable porque de alguna manera él aceptó, permitió las otras relaciones posteriores, que se arrepiente de ello.

Intervención: Y cuando alguien se siente culpable, cuando alguien se arrepiente, generalmente algo tiene que hacer para reparar el daño o pagar el precio de lo que ha hecho, ¿qué precio te estás haciendo pagar tú? ¿el precio es no concluir tus proyectos, sabotearte en tus relaciones y sentirte mal porque no concluyes las cosas?

Dice que eso no lo había pensado pero que tal vez es así. Comenta que una vez Vanesa le dijo sus verdades y que no le gustó, le dijo que a veces quiere llamar la atención, hacerse el sufrido y pasársela de víctima. Se lo dijo a principios del año y que lo ha estado meditando y cree que tiene algo de razón en ello.

Intervención: a ver Anselmo, o sea que te sientes mal por las decisiones que has tomado respecto de tu sexualidad, como te arrepientes y te sientes culpable, te castigas negándote lo que deseas y luego, para rematar, te lamentas de que no puedes ser feliz, de que los demás apenas te soportan, que les fallas todo el tiempo y entonces no vale la pena vivir. ¿Es así? ¿Te das cuentas de cómo tú mismo te creas el escenario y lo mantienes para hacerte pagar por tus propias decisiones? ¿Tendrá razón Vanesa al decirte que te haces el sufrido?

Dice que cree que sí, que parece que es así como ha estado viviendo las cosas y no se había dado cuenta de ello.

Al trabajar con Anselmo su *proceso de cambio*, dice querer concluir proyectos, ponerse a trabajar, pero que se desanima con las dificultades de encontrar trabajo, ha tenido trabajos en los que ha durado poco y ahora lleva tres años sin empleo, que quisiera tener algo que ofreceré a Vanessa.

Intervención: y ¿cómo quieres algo serio o a futuro con Vanesa si no empiezas por ti mismo?

No, no pienso a futuro, lo que quiero es que ella salga adelante y haga lo que quiera.

Intervención: O sea, a ella puedes darle la oportunidad pero no a ti. ¿Y qué pasa con tu cariño hacia ella y tu deseo de estar con ella en el plano sexual?

Se resiste a trabajar sus emociones, habla de ellas pero no se permite sentir las, solo respecto del cuidado de Vanessa que, aunque no es su pareja es en ella en quien tiene sus expectativas y ha llegado a ser alguien muy importante para él, tan es así que solo cuando habla de las dificultades que tiene con ella, llora:

Tengo muchas ganas de estar con ella sexualmente hablando pero que se siente inseguro y cree que ya no podría hacerlo después de haber tenido las experiencias que ha tenido y haber estado con prostitutas.

Intervención: a ver Anselmo, si no entiendo mal, cuando tu ibas con prostitutas tenías sólo sexo, tú tenías el control de la situación porque pedías lo que querías sin involucrar afectos; en las situaciones de abuso, otros tenían el control de la situación y eras tú el sometido. Ahora que tienes la oportunidad de acercarte a Vanesa ya que los dos lo desean, tendrías que poner los sentimientos que ya existen entre ustedes, ¿será que temes no poder con la combinación control de la situación y afectos?, ¿va por ahí la sensación de inseguridad?

Dice que sí, que cree que por ahí va, que se siente inseguro, que no quiere intentarlo hasta no resolver su propio problema pero que no sabe cómo. Que no se siente digno de Vanesa. (12ª sesión)

En sus relatos se entretajan recuerdos, culpas, y mucha soledad. Dice que acude con prostitutas cuando se siente deprimido:

Recuerda que una vez fue a un lugar de esos y pidió a una chica con quien platicar, solo eso porque se sentía muy solo y quería hablar de ello con alguien, le mandaron a una que no era tan guapa y conversó con ella como media hora. Esa conversación le cambió su modo de pensar y fue la última vez que fue a un Table Dance. La chica le decía que su trabajo no era placentero, que lo hacían por necesidad, por el dinero y que ellas también se sentían solas. Otra vez, estando con una de ellas, le preguntó por qué hacía ese trabajo y ella le respondió que por sus hijos. Esto le remordió la conciencia, y fue la última vez que acudió a una de ellas. Dice que estas dos experiencias le hicieron pensar de manera diferente sobre ese tipo de mujeres y las razones por las cuales hacen ese tipo de trabajos. (14ª sesión)

Se da cuenta como *repite* decisiones sin pensarlas en torno al trabajo y la adquisición del dinero, asume deudas que después no puede pagar y se siente culpable, sin embargo, la cercanía de su hermano le da seguridad y cuando éste se va de casa siente que “se ha roto su burbuja” en la que se sentía protegido y apoyado por él. A pesar de las dificultades para concretar cambios en su vida, pudo historizar sus síntomas, reconocerse en ellos, aceptar su responsabilidad y la culpa con la que tramita su angustia, pudo hablar de ellos con su familia, lo cual le hizo sentirse más aliviado.

Dice que le cuesta trabajo decirlo, pero que anduvo desde los 15 hasta los 25 años, metiéndose a los cines a ver películas pornográficas, que anduvo metido con prostitutas y travestis, que fue una pérdida de tiempo y que además estuvo mal, que le ha afectado en su vida, que no ha podido concluir lo que él quiere, que quiere estudiar y no puede concluir nada. Se siente culpable por haber hecho las cosas de manera incorrecta.

Intervención: fue una decisión que tu tomaste, pero que ahora quieras rectificar, tomando otro tipo de decisiones, ¿por qué ponerles juicio de valor?

Sé que fue mi decisión y eso es lo que me reprocho, haberlo decidido, porque no estuvo bien, fue una pérdida de tiempo.

Intervención: te juzgas y te castigas muy duramente.

Lo que pasa es que todavía no acabo de aceptarlo, no acabo de aceptar lo que decidí y me siento muy mal por ello. (Anselmo, 21ª sesión)

Luego de esto acudió a varias sesiones en las que abordó la dificultad para encontrar y mantener un trabajo. Deja la terapia en un momento en que la tensión institucional por no pagar sus sesiones y la sensación de culpa por no poder hacerlo le hacen abandonar la terapia.

El trabajo del abuso sexual requería remontarse en el tiempo y aunque podía iniciarse en grupo generalmente se terminaba trabajando de manera individual los detalles de la historia de cada paciente a fin de concretar cambios en sus vidas, mismos que no siempre se lograban, sobre todo sin trabajar aspectos inconscientes que mantenían la repetición de síntomas.

En los casos de violación, el suceso generalmente es reciente y la aparición de los síntomas no se hace esperar, razón por la cual la persona acude

en busca de ayuda psicológica. En los casos de abuso sexual, la crisis suele ser muy posterior al evento, es decir, el trauma no se instala como tal en el momento de ocurrencia del evento que, en sí mismo, puede no tener especial intensidad, ocurrió en la infancia o años atrás. Hay entonces en estos casos, un segundo momento que puede ser después de la pubertad, en el cual un mal encuentro con la sexualidad despierta el recuerdo de la huella de un evento del pasado, resignificándola. Y, cuando no es en la adolescencia sino en la edad adulta, la crisis puede ser desencadenada, ya sea por dificultades en la vida sexual o por otro evento circunstancial ocurrido a la persona en el seno familiar o a otras personas cercanas, a veces incluso pudo no haber sido de índole sexual o de carácter traumático, sino que pudo desencadenarlo una experiencia compartida de otra persona en una conversación y el recuerdo se reactivó y alcanzó al sujeto con un intenso bagaje de afectos displacenteros cargados de angustia.

Por ello, la primera parte de la *atención terapéutica de la violación* estaba generalmente vinculada a una intervención en crisis, primera etapa de la atención en la que se procuraba apoyar a la persona a bajar los niveles de ansiedad al permitir el despliegue verbal de las situaciones traumáticas, de las emociones y la detección de los síntomas que perturbaban su equilibrio, para después ser capaz de acceder a posibles alternativas de solución frente a las implicaciones de sus síntomas y decidir con libertad y responsabilidad, el mejor camino para su situación personal. Este inicio era de tiempo variable, pero generalmente y de 10 a 20 sesiones, dependía del progreso de la persona afectada.

A la par de esta etapa, se articulaba la *atención interdisciplinar*, ya sea hacia lo médico y/o lo legal de modo que reciba una atención integral. La diversidad de actores en la atención del caso, contribuía también al estado de ansiedad de la persona, debido a que la atención médica requiere revisión del cuerpo de la víctima y provoca reacciones de rechazo, temor y angustia vinculadas a la experiencia tenida en la agresión sexual. El tratamiento institucional se daba en la interacción de tres disciplinas: médica, legal y psicológica.

La *atención médica* para verificar y atender el estado de salud de la víctima, tratamiento de contusiones, posibles problemas respiratorios, shock físico o hemorragia interna que ponga en peligro la salud de la víctima, sangrados,

desgarramientos, etc. Al mismo tiempo debía incluir la prevención y tratamiento de potenciales enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA, así como asistencia preventiva para evitar el embarazo producto de la violación, en cuyo caso se administraba algún tipo de anticoncepción post-coital antes de que hubieran transcurrido entre cuarenta y ocho y setenta y dos horas del asalto sexual.

En cuanto a la *atención legal* se proporcionaba si la persona decidía denunciar los hechos y solicitaba, tanto el castigo del abusador, como el resarcimiento de su persona en alguna medida. Si la persona violentada decidía denunciar el crimen, se la acompañaba en el proceso legal para minimizar la incomodidad y la posible victimización secundaria, los procedimientos eran por lo general tardados, pero resultaban más estresantes aun si el agresor era una persona conocida, en cuyo caso este tipo de atención no siempre se daba debido a las condiciones emocionales o los posibles vínculos entre el agresor y la víctima y a los efectos que una denuncia legal podía ocasionar en la interacción familiar, por lo que muchas veces no se levantaba la denuncia. En el caso de las personas adultas, las denuncias de los hechos violentos podían llegar a procesos muy prolongados que tenían implicaciones estresantes y a una victimización secundaria que muchas veces suele evitarse.

La violación es un evento imprevisto por la víctima, violento física y moralmente: cuando es por un desconocido, psicológicamente hablando se juegan factores emocionales entre los que reina la impotencia y el enojo desmedido y sensaciones de haber estado al borde de la muerte. Pero cuando la violación o el abuso sexual en la infancia ha sido por una persona conocida, el impacto es más fuerte y más difícil de superar.

En la *atención psicológica*, se le proporcionaba a la persona ese espacio para trabajar las secuelas emocionales del evento como angustia, miedo, confusión, desconfianza, desamparo, sentimientos de degradación, vergüenza y culpa, poca capacidad de funcionamiento y altos niveles de ansiedad que impiden su adaptación social, ésta como las demás atenciones, requería la aceptación y solicitud de la persona para ser atendida y la corresponsabilidad en su tratamiento.

Luego de la intervención en crisis se continuaba con la atención terapéutica individual que era generalmente más intensa y prolongada debido a

los efectos del evento traumático, dependía de la persona en cuestión ya que era necesario profundizar en la consideración de su historia, de sus recursos internos, de su cultura y su formación, así como de eventos que tenían que ver con la vida sexual de la persona afectada.

El acompañamiento y la escucha le servían para reconstruir, reconsiderar y asumir decisiones respecto del evento así como entrar en un proceso de resignificación de la experiencia que le permitiera retomar de manera responsable sus circunstancias y ser consciente de los detonantes que pueden provocar una reacción depresiva o agresiva inesperada, para hacer algo distinto con ello.

En la etapa de crisis, el trauma invadía los pensamientos y emociones conscientes, mismos que se trabajaban para disminuir la angustia, sin embargo, en los intentos de rechazo de las emociones angustiantes, el evento traumático es desalojado de la conciencia por la represión a fin de que la persona pueda recuperar su funcionalidad social, pero eso que se mantiene inconsciente provoca sin saberlo una compulsión a la repetición. Aunque el recuerdo del evento pueda estar presente, la significación traumática y sus conexiones persisten como un saber no sabido, como una causalidad oscura y angustiante.

La *atención psiquiátrica* podía darse luego de la canalización del médico o del psicólogo de acuerdo a los síntomas presentados y al estado mental de la persona agredida. En algunos casos hubo atención desde cada una de las disciplinas, pero no en todos, solo si se consideraba necesario para la mejora de la persona violentada, y eso si la persona en cuestión buscaba los tipos de atención que necesitaba. En todos los casos, la intervención de emergencia comprendía una evaluación de las necesidades físicas, emocionales y sociales inmediatas.

Esta serie de interacciones en el tratamiento requería de seguimiento, por lo que era el momento de la demanda de atención terapéutica formal. La diversidad de modelos de atención abarcaba modalidades grupales, familiares o en diadas que permiten el trabajo emocional en grupo. Los ejes de trabajo son vivenciales y su contenido gira alrededor de la caracterización de relaciones: igual y desigual, confianza y desconfianza, dominante/dominado, víctima/verdugo, historia personal en estos ítems y reaprendizaje para una resocialización. Estos

modelos se daban con más frecuencia en las instituciones gubernamentales o privadas que generalmente atendían gran número de personas afectadas por este tipo de violencia.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos institucionales y profesionales, los efectos de la violencia sexual en este caso, se revelan como un fenómeno social preocupante donde los juegos del lenguaje determinan muchas de sus manifestaciones como partes del tejido social.

Los relatos expuestos anteriormente dan cuenta de una realidad social contemporánea donde la falta de límites llama la atención y plantea diversas problemáticas, entre ellas, la necesidad de privilegiar el discurso singular, el de cada paciente en el que se entretajan experiencias y fantasmas, y no las necesidades de la institución. La formación de los profesionales que atienden este tipo de problemáticas en particular y la necesidad de replantear los objetivos de las instituciones que los atienden, implica descentralizarse de normativización considerada vigente en la sociedad actual, ¿o será posible modificarla?

Ser parte del tejido social es tener un lugar, saberse reconocido en él, considerar la posición que se tiene y participar en los enlaces que como vínculos van generando las interrelaciones que lo constituyen, por lo que tomar conciencia de ello en todos los ámbitos sociales es un desafío constante ante el malestar social en el que el mundo está inmerso.

2.3. El dolor de los lazos rotos: violencia sexual.

Un evento traumático como una agresión sexual que toca la intimidad del sujeto, pasa por la experiencia subjetiva del dolor no solo en el cuerpo. Son las palabras que lo circundan, las definiciones culturales que provocan con su malestar los síntomas y que tiñen de dolor todos los ámbitos de la persona, el relacionado consigo mismo, el lugar que ocupa en su familia, en sus relaciones y su entorno dejando sus huellas en la psique.

Es curioso que, ante el panorama actual existente, donde la realidad se ofrece como un espectáculo a las miradas, los actos de violencia sexual —que en la historia nunca fueron noticia— continúen apareciendo como ese remanente del malestar cultural que reclama ser atendido, tener un lugar en los procesos de reconstrucción social y mantengan la vigencia del deseo en lugar de la permanencia de un sistema de goce cada vez más feroz.

¿Será que la necesidad de mantener esa deuda simbólica con el Otro genere el círculo en la vida política actual, que reparte culpas, sentencias, decide reparaciones y calcula derechos de los ciudadanos? En tal caso, la violencia sexual en la actualidad ¿podría presentarse como una paradoja social donde el malestar que genera se convierta en una posible manifestación del circuito del deseo? tal vez no haya respuesta hasta no saber los efectos de cambio en el discurso social y de los diversos tratamientos en el abordaje del dolor y los síntomas que este tipo de casos genera.

Cuando una persona sufre en su cuerpo, en su mente y en sus afectos la invasión extraña, repentina y dolorosa que compromete su subjetividad, los lazos se rompen, los vínculos se debilitan y también el tejido social sufre con sus consecuencias culturales y recursos que llegan a querer re-tejer lo rasgado, algunas veces haciendo débiles nudos, otras volviendo a enlazar, pero las más de las veces, tratando de uniformar los tratamientos que como tipos de enlaces serán los mismos para todos los lazos rotos sin considerar su particularidad.

En el ambiente institucional, aún con la atención psicológica, una de las dificultades que solía presentarse en este tipo de interacción interdisciplinar era que la persona no encontraba “el lugar” para hablar de lo sucedido, cambiaba entre un profesional y otro, lo que ocasionaba el riesgo de privilegiar el discurso

normativizante de la institución en lugar de considerar la experiencia subjetiva del dolor manifestada en el propio discurso del sujeto implicado. Desde aquí también se cuestiona si alcanza con el discurso médico que impera en el ámbito de la salud y con el psiquiátrico en cuanto a la salud mental para el tratamiento del dolor puesto que la experiencia dolorosa no solo es neurológica en cuanto a la ubicación objetiva en la anatomía y fisiología de sujeto, son sobre todo una experiencia subjetiva.

El dolor experimentado como físico, expresa muchas veces un sufrimiento moral enmascarado [...] Podría decirse que muchas veces las personas le dan más importancia a lo orgánico, al dolor físico y no a la subjetividad que acompaña a éste; la vivencia subjetiva es difícil de expresar si no es a través del cuerpo orgánico [...] El dolor no solo depende de la vivencia personal del sujeto sino además de su historia, momento social, cultural y religioso...¹⁰⁰

De ese modo, el dolor como experiencia subjetiva se ve rodeado de las diversas disciplinas que lo atienden en sus manifestaciones sintomáticas se manejan generalmente bajo la misma concepción de salud y enfermedad e intentan de alguna manera subsanar lo que aparece como rasgaduras en el tejido social, darle ciertos parámetros de medición para diagnosticarlo, intentar su alivio y responder al objetivo social de producir sujetos adaptados, funcionales y productivos en una sociedad, así como para aportar cierta tranquilidad a su saber referencial. Esto puede llegar a excluir de su discurso la diferencia y la singularidad del sujeto que puede asumir su síntoma como una posibilidad, no como un impedimento.

Las viñetas de casos presentados no hablan más que de la experiencia traumática del dolor, un dolor que toca la intimidad que se manifiesta en los síntomas como si fuesen hilos rotos en el tejido existencial de quien los sufre. Tuvieron su tratamiento en el entrecruce, de la lógica institucional, la práctica psicoterapéutica y la formación psicoanalítica cuyos enlaces a veces se vieron complementados, otras resultaron nudos forzados que provocaron una eventual salida, dejando a cada sujeto en cuestión frente a sus propios lazos rotos y ante

¹⁰⁰ Laura Falcón (2016) "El dolor: ¿objeto de la psiquiatría?" en Hounie, A.; Fernández, A. (coords). (2016) *Políticas del dolor. La subjetividad comprometida. Un abordaje interdisciplinario de la problemática del dolor*. Universidad de la República de Uruguay, Biblioteca Plural. Montevideo

la impotencia de una decisión fallida, sobre qué hacer con ellos al no poder ir más allá del límite institucional.

Sin embargo dentro del tratamiento psicológico se tiende siempre a decir que “el único culpable en la violencia sexual es el agresor”, lo que suele colocar al sujeto agredido como víctima pasiva, objeto del goce del Otro, ¿hasta dónde el sujeto es responsable de la posición en la que “es colocado”? Esta pregunta por lo general provoca rechazo, se culpa a otros, al sistema, a la educación, a la cultura, a la familia, pero se evita preguntarse por la implicación subjetiva en tales eventos.

Si accedemos a sospechar junto con el psicoanálisis, de la conciencia y sus intenciones, podríamos formular la pregunta para hacer pasar al sujeto por un “¿hasta dónde se coloca él mismo o lo decide de modo inconsciente y cómo ocurre eso?”, pregunta que nos lanza a una espiral de procesos psíquicos y sociales que pasan por el dolor físico y moral, por la dificultad de articular el deseo escondido en el laberinto de las palabras.

El dolor surge a causa de una pérdida que puede ser de un familiar querido, una persona amada, de un miembro de propio cuerpo o cualquier posesión con la que se tenga algún vínculo afectivo, es decir, que se pierde algo que se pensaba tan propio que no se concebía estar sin aquello, incluso una herida narcisista, la pérdida de ideales, ilusiones o pensamientos a cerca de uno mismo que se pensaban tan firmes e inquebrantables o tan acordes al bien hacer y el bien decir de la ética y la moral en general.

En *Duelo y Melancolía*, Freud señala que en el duelo, el dolor es el resultante de una pérdida, como la pérdida de un ser amado y la melancolía constituye un estado de dolor profundo, donde se pierde el interés por todo y la capacidad de crear nuevos lazos amorosos, la inhibición en la productividad y la rebaja en el sentimiento de sí mismo. Emparenta el dolor con el duelo que se transita para superarlo:

El duelo pesaroso, reacción frente a la pérdida de una persona amada, integra el mismo doloroso estado de ánimo, la pérdida del interés por el mundo exterior en cuanto no recuerda a la persona fallecida, la pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso —lo que equivaldría a sustituir al desaparecido al

apartamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido—. Fácilmente se comprende que esta inhibición y restricción del yo es la expresión de su entrega incondicional al duelo que nada deja para otros propósitos e intereses. En realidad si este estado no nos parece patológico es tan solo porque nos lo explicamos perfectamente. Aceptamos también el paralelo, a consecuencia del cual calificamos de “doloroso” el estado de ánimo del duelo. Su justificación se nos evidenciará cuando lleguemos a caracterizar económicamente el dolor.¹⁰¹

El dolor experimentado por el cuerpo en el ataque sexual se une al dolor psíquico y moral, sensaciones displacenteras provocadas por una pérdida no se sabe de qué, de algo que sin duda alguna pasa por el cuerpo y que tiene que ver con la propia imagen, con el reconocimiento o con el lugar que le permitía entablar los lazos personales, familiares y comunitarios. Cuando alguien tiene la experiencia de un asalto sexual, contarle provoca vergüenza, culpa y en muchos casos deseos de muerte.

Esta sensación acompaña el sufrimiento y cambia el sentido de la vida del sujeto, toda su conciencia, todo su ser queda paralizado en ese estado, se distancia del mundo, éste se vuelve hostil para él, como si el dolor no fuera algo que se siente sino algo que se es, adoptando comportamientos extraños que las más de las veces se fijan como síntomas, como soluciones de compromiso para evitar los excesos de angustia.

Es en general una sensación que recorre todos los casos sobre violencia sexual, donde el abordaje del evento en sí mismo se bordea mediante la escucha de esos afectos y sus síntomas, que no siempre se hacen nudos en el cuerpo, pero cuyo sufrimiento como efecto, pasa rozando el goce, hasta que el sujeto puede narrarlo. ¿Por qué la vergüenza?, ¿es aún hoy en día equiparable al pudor de la intimidad cuando estamos rodeados de una realidad que se ofrece como espectáculo para la mirada?

El paciente siente dolor y vergüenza de contar lo sucedido, vergüenza de que alguien lo sepa, de que alguien conocido o desconocido le haya visto, pues de hecho, estos pacientes suelen decir que se sienten sucios y que la violación se les nota en la cara, una de las razones por las que no desean salir a la calle.

¹⁰¹ Freud, S. (1917[1915]) Duelo y Melancolía, en *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1995, p. 242.

Sentir ser visto apunta a la pulsión de la mirada, pero no es la mirada de otro cualquiera, es la mirada de un Otro importante en la vida de ese sujeto que hace surgir a modo de mandato superyoico, la vergüenza y el goce. Este acto de avergonzarse parece colocar al sujeto bajo los juicios del Otro que le provocan la culpa, la cual solo sobreviene cuando creen haber provocado lo sucedido o cuando, en el caso de un abuso sufrido tiempo atrás “se dan cuenta de que eso no estaba bien” y temen ser juzgados, ¿es esa mirada que le descubre su goce?

Se cuenta la historia para aminorar la angustia, la culpa y el dolor, produciendo el efecto de moverse del lugar desde el cual siempre se ha vivido la escena contada, mirar otros lados de la misma (“no me había dado cuenta de esto...”), rescatar saberes ocultos que se van conectando entre sí (“me cayó el veinte en...”) y que van dando significación, sentido, comprensión de las “razones”, ubicación del propio papel en lo que se relata y la contribución personal a lo sucedido.

Cuando el paciente logra contar lo que le ocurrió soportando la vergüenza, vuelve a meterse en la escena vivida en toda su dimensión trágica de la que surge algo inesperado, la sensación de culpa. Culpa ¿por qué?, bien podríamos preguntarnos, si él fue el agredido, no el agresor, sin embargo, siempre surge la pregunta, la sensación de culpabilidad ante lo sucedido coloca al sujeto ante la pregunta por su grado de responsabilidad en el evento y, esto es abordado siempre como un “¿tuve yo la culpa?”, ¿será entonces la posibilidad del juicio posterior lo que ocasiona la culpa, o aquello del evento que apunta al deseo de gozar? Se mezcla la vergüenza con la culpa, y ésta surge como un efecto sobre el sujeto, de Otro (llámese sociedad, iglesia, padres, autoridad, etc.), que le juzga por haber trasgredido ciertos valores que le había demandado cumplir.

Parece que la vergüenza es sentida ante una determinada presencia del Otro, sirve para ubicar al sujeto respecto de su goce, con la culpa, aparecen los deseos reparatorios que, más allá de la justificación de un acto, remiten a esa deuda simbólica con el Otro por la aparición de su deseo que aún permanece inconsciente. La sola pregunta posibilita un necesario movimiento subjetivo que adviene para intentar separar el dolor del sufrimiento psíquico, con la dificultad de significarlo y cuando ocurre aparece la angustia que veces se disuelve en alivio. Cuando el sujeto se pregunta por su implicación, cuando se siente culpable por

las fantasías precedidas y cuando la fuerza de la pulsión empuja a una repetición de abusos en lugar de su recuerdo, algo de lo inconsciente se juega, donde la pulsión y el goce del cuerpo se mezclan ante la carencia que provoca el deseo.

Los relatos clínicos del inicio y sus tratamientos intentaban también reflejar que el dolor que se pretende eliminar se sostiene en la ambivalencia de los significados que se le atribuyen y, como bien dice Le Breton "... el dolor no es un hecho fisiológico, sino existencial. No es el cuerpo el que sufre sino el individuo entero", confirmando que

...no hay una objetividad del dolor sino una subjetividad que concierne a la entera existencia del ser humano, sobre todo a su relación con el inconsciente tal como se ha constituido en el transcurso de la historia personal, las raíces sociales y culturales; una subjetividad también vinculada con la naturaleza de las relaciones entre lo dolorido y quienes le rodean¹⁰².

El psicoanálisis nos invita a considerar la delicadeza con la que debe tratarse la intimidad y la particularidad de cada sujeto y su discurso que se teje como hilos, lazos y enlaces que se influyen mutuamente en el entramado del tejido social, a asomarnos a los procesos de identificación de los sujetos en cuestión, a los significantes que los representan en el discurso cultural, para tocar y limpiar la herida dejada por el dolor que ha comprometido la subjetividad en su estructura misma para poder reconstruirla y recrear vínculos sin que las cicatrices lo impidan.

Si se desea reconocer una realidad propia a las reacciones psíquicas, no hay que comenzar por elegir entre éstas: hay que comenzar por no elegir. A fin de medir su eficiencia, hay que respetar su sucesión. Y no se trata, desde luego, de restituir la cadena gracias al relato; pero el momento mismo del testimonio puede constituir un fragmento significativo, con tal que se exija la totalidad de su texto y libere a éste de las cadenas del relato¹⁰³.

Implica otro modo de escuchar, bajo una lógica diferente que permite al caso ser considerado único, con la particularidad de la escucha de lo inconsciente.

¹⁰² Le Breton, D. (1999) *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral, pp-94-95

¹⁰³ Lacan, "Más allá del principio de realidad", *Op. Cit.*, p.75

2.4. Un enlace particular: el psicoanálisis y su escucha

El planteamiento psicoanalítico implica no solo la consideración del cuerpo biológico como el lugar de manifestación de la enfermedad, sino la escucha del cuerpo hablado y causado por el lenguaje que, con sus vicisitudes y tropiezos construye subjetividades en la cultura. El psicoanálisis se abre al diálogo con la filosofía y la lingüística, ya que fue a través del lenguaje que Freud descubre el inconsciente y lo mantiene como objeto de estudio. Después Lacan se da a la tarea de profundizar en estos aportes. El modelo de Saussure le sirvió para los análisis de Roman Jakobson, Roland Barthes y Jean-Claude Levi Strauss para confirmar cómo los objetos culturales eran aptos para ser interpretados por ser efecto del lenguaje, y así se abre a la lógica de la estructura que permite el análisis del lenguaje, la cultura y la sociedad en la segunda mitad del siglo XX.

Las contribuciones de la lingüística sirvieron a la evolución misma del psicoanálisis que fue tomando en cuenta la simultaneidad de las interacciones entre el sistema biológico y el sistema psíquico en la transición del cuerpo anatómico como lugar del síntoma, al cuerpo sexuado y hablado como campo de la pulsión, lugar de la experiencia edípica como constitutiva del sujeto y su sexualidad, y a partir del análisis del discurso como tratamiento. Su modo de abordar el lenguaje se separa de la función sonora que pertenece al mundo de la física, de la función cerebral que pertenece a la neurología, así como de los atributos de la inteligencia y estructuras de conocimiento abordados por la psicología¹⁰⁴, es decir, abandona la lógica biologicista u objetivadora del sujeto, descentraliza el concepto de estructura que ordenaba toda la realidad, para centrarse, más bien, en la búsqueda de una estructura relacional entre elementos del discurso como fundamento de la lengua y las interrelaciones a través de las que se producen significados dentro de una cultura.

Llevado esto a la práctica del psicoanálisis, pretende abrirse a nuevos cuestionamientos sobre el saber constituido y mantener las preguntas que surgen

¹⁰⁴ Estos sistemas de conocimiento en psicología son principalmente abordados por Piaget, quien con su psicología genética, aborda los procesos evolutivos del ser humano en la adquisición del lenguaje. Se centra en el basamento genético de las estructuras individuales que, anudado a la experiencia y conocimiento adquiridos dan cuenta de los sistemas cognitivos alcanzados por el sujeto en la inserción en la cultura. Cfr. Piaget, Jean, *El estructuralismo*. Buenos Aires: Prometeo.

de los casos mismos ya que para Lacan, el sujeto es pieza fundamental del sistema simbólico que se introduce con el lenguaje, para él todo se centra en el sujeto y en su diferenciación del otro a través de su discurso. Apuesta por el reconocimiento de las condiciones simultáneas en la interpretación de un fenómeno, es decir, el análisis de la sincronidad de las relaciones del sujeto con su discurso y los fenómenos que narra.

De este modo, Lacan retoma a Freud y el origen del psicoanálisis asentado en el lenguaje para centrarse en la psique y sus interacciones, pero no como un objeto de estudio en sí mismo que, desde el positivismo, puede ser analizado como si no existiesen cambios imprevistos en él; tampoco para centrarse en la diacronía, donde importan la temporalidad, el origen, la permanencia y la evolución de los síntomas que la psiquiatría y la psicología hacen en la sucesión histórica de los acontecimientos del sujeto como hechos verificables en su discurso voluntario y consciente, sino que, la escucha natural de esta diacronía, hace que centre su investigación en la sincronía que implica el abordaje de lo inconsciente que sale a flote en el discurso, el análisis del tiempo lógico de sus elementos, donde las significaciones del sujeto se producen simultáneamente, dando cuenta de los enlaces significantes que lo mantienen sujeto.

Sin embargo, el psicoanálisis no es una lingüística ni debe confundirse con ella, la diacronía y la sincronía como elementos del lenguaje son aportes que le han servido para adentrarse en su propia lógica e intentar explicar la interrelación de sus elementos en el funcionamiento psíquico inconsciente y sus vínculos. Esto es lo que plantea el psicoanálisis cuando aborda lo inconsciente y la división subjetiva que atraviesa a todo ser humano, se pregunta por la interrelación del lenguaje con el síntoma y su goce, complejidad que no deja de tomar en cuenta la vertiente social donde ese Otro del lenguaje –propio de la cultura– acentúa no solo el nudo del malentendido formado por las palabras con sus múltiples asociaciones y significaciones posibles, sino que además se hacen nudo en el cuerpo y en la mente y van dirigidos a un Otro cuya naturaleza se devela en el análisis e influye en las singulares maneras de hacer lazos con los otros.

En el psicoanálisis, la indicación freudiana es abordar un caso siempre como si fuera el primero, desprendiéndose de los conocimientos adquiridos y las convicciones preexistentes, no realizar conclusiones anticipadas, sino que, en una

atención flotante se consideren todos los fragmentos del discurso del paciente. Freud recuerda a los primeros analistas la importancia de su posición en la escucha del inconsciente y da una serie de consejos¹⁰⁵ respecto de la manera correcta de proceder del analista. Más tarde, Lacan insiste en la importancia del lenguaje que antes poder transmitir sus significados, significa algo para alguien y, la posición del analista por el mero hecho de estar presente en la escucha del sujeto, es testigo de la apertura al despliegue del sentido que se cuele en los múltiples significados de su historia, de modo que pueda desembocar en los significantes donde el sujeto se ve representado, aquellos que lo sujetan a identificaciones que no son conscientes, a decisiones que resultan repeticiones del dolor inmerso en el goce subjetivo y sin movimiento.

Mucho tiempo ha transcurrido desde que Freud y Lacan en sus respectivos momentos señalaron la importancia del lenguaje en el surgimiento del inconsciente y la importancia del inconsciente tejido de lenguaje que promueve la constitución subjetiva y muchos nuevos aportes han sido generados en el movimiento psicoanalítico, pero que encuentran en sus orígenes su fundamento.

El sujeto, según Lacan –como lo define en el Seminario “La lógica del fantasma”¹⁰⁶– es lo que un significante representa para otro significante, pero no es ninguno de ellos, se representa en el campo del Otro, es un efecto de ese deslizamiento significativo que emerge en el lapsus, el olvido, el sueño, la negación o el síntoma como aquello que permanece sujetado a éste. El sujeto es efecto de la falta de un significante en el inconsciente, es el intento de producir una representación en el lugar donde falta un significante en el Otro¹⁰⁷, es decir, no hay completud en el discurso del Otro, sino una carencia que descompleta y al mismo tiempo articula toda la cadena significativa, determinando la insistencia de sus encadenamientos de donde emerge el sujeto que por carente desea.

Trabajar con la palabra, contar la propia historia en el análisis como proceso de subjetivación es recrear escenas, no solo desde el lado que quien narra, sino desde el lado de quien escucha. Escribir un caso clínico, desde el

¹⁰⁵ Freud, S. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico, *Op.Cit.* Vvol. XII, p. 112.

¹⁰⁶ Lacan, Jaques. *El Seminario*. (1966-1967) La lógica del fantasma. Vol. 14, Argentina: Paidós

¹⁰⁷ Cfr. García, L. (2004) El Sujeto: ¿efecto de la cadena generacional? Jornadas Aniversario "30 años de Escuela (1974-2004)". Escuela Freudiana de Buenos Aires. Recuperado de la Internet: noviembre de 2015: <http://www.efba.org/efbaonline/garcia-01.htm>

psicoanálisis, para ser presentado en cualquier tipo de dispositivo siempre trae algunos efectos. En quien transmite, la dimensión ética de su transmisión va por delante, produce algunas veces mayor comprensión y otras, genera nuevas preguntas que cuestionan un saber y retan a un conocimiento mayor sobre la psique humana. En quien escucha o lee, puede despertar solo curiosidad o lograr un aprendizaje a tomar en cuenta sobre la experiencia de otros.

Para el analista el problema es saber el lugar que ocupa en esa narrativa, para desplazarse de ahí y transformar su sentido e incluso alterar el discurso en el que se desarrolla, es decir, poder pasar de la dimensión imaginaria de los hechos donde se sitúa el sujeto del enunciado, a las cuestiones simbólicas que conllevan una verdad desde el sujeto de la enunciación, ubicando significantes, identificaciones y fantasmas, que revelan el sinsentido del goce y paralizan la posición subjetiva de quien se analiza. Es decir que, pasando por la dimensión de la transferencia, sin la cual es imposible todo proceso de análisis, se logre desembocar en una posición deseante que permita al sujeto reelaborar los vínculos en el camino de su deseo:

“plantear la incoherencia como condición de la experiencia, una presunción de significación a todo un desecho de la vida mental, es decir, no sólo a las representaciones cuyo sinsentido es lo único que ve la psicología de escuela: libreto del sueño, presentimientos, fantasmas de la ensoñación, delirios confusos o lúcidos, sino también a esos fenómenos que por el hecho de ser completamente negativos carecen, por así decir, de estado civil: lapsus del lenguaje y fallas de la acción.”¹⁰⁸

La clínica es fundamental en el saber psicoanalítico, espacio en el que se continúa produciendo, sin tener que dejar de lado el saber constituido, éste saber funciona como las herramientas de las que se sirve el analista en la dirección de la cura. En un análisis que inicia desde lo imaginario en la recepción del sufrimiento provocado por el síntoma, transita hacia lo simbólico en la escucha y pasa por el lugar del Otro, se orienta hacia lo real, dimensión en la que el síntoma escapa a la significación y se instala en el sin-sentido. Este trayecto produce a su vez un paradójico efecto: el enlace de significantes que operan en el sin sentido

¹⁰⁸ Lacan, J. (1936) “Más allá del principio de realidad”. *Op. Cit.* p.75.

de sus síntomas, pero que a su vez tiene efecto de lazo con el otro que se deriva del lenguaje y que le permite entonces utilizarlos a su favor, hacer algo con ellos.

Para el psicoanálisis, continuar avanzando como disciplina inserta en el mundo contemporáneo que le exige que demuestre el valor de su práctica y su eficacia como un modo de intervención sobre el sufrimiento humano, significa adentrarse en el sinsentido, en lo que para la ciencia sobra y en lo que emerge como falla, como sorpresa inesperada, como lugar posible para la constitución subjetiva a partir de lo que carece, significa asimismo enfrentar el desafío de encontrar vías de formalización que establezca la lógica de la estructura del discurso en el acto de transmisión. Para el analista asimismo, transmitir el saber que ha emergido de un caso, significa dar cuenta de su propio acto, es decir que en la exposición de un caso, el analista no puede sostenerse en el engaño imaginario de pensar solo se basta a sí mismo y no tiene que dar cuenta de lo que hace: al contrario, cuando se habla de un caso, el analista no solo lo narra, sino que fundamentalmente él mismo se expone, da cuenta al otro de su acto.

A raíz de las distintas posiciones de los analistas post freudianos, la insistencia de Lacan en volver a una relectura de Freud, no tardó en hacerse ver. Las diferencias entre posturas originaron otras escuelas de pensamiento psicoanalítico que aportaron, discutieron y algunas disintieron sobre temas importantes para el psicoanálisis, su difusión y su práctica. Sin embargo, es desde sus raíces y la consideración de los aportes de Freud y de Lacan, dos grandes pilares del psicoanálisis que se despliega y se reflexiona sobre el lugar del analista, el deseo inconsciente en los relatos clínicos narrados y en los casos por abordar, así como el papel del analista como tejedor de los hilos de lenguaje.

SEGUNDA PARTE:

EL TIEMPO DE LA COMPRENSIÓN Y LO CONSTITUTIVO DEL SUJETO

“El *tiempo para comprender* puede reducirse al instante de la mirada, pero esa mirada en su instante puede incluir todo el tiempo necesario para comprender. Así, la objetividad de este tiempo se tambalea en su límite. Sólo subsiste su sentido con la forma que engendra de sujetos *indefinidos salvo por su reciprocidad*, y cuya acción está suspendida por una causalidad mutua en un tiempo que se escabulle bajo el retorno mismo de la intuición que ha objetivado”.

Lacan, “El tiempo lógico... Un nuevo sofisma”

CAPÍTULO 3: SOBRE EL OFICIO

3.1. El oficio de analista

a. La formación de los primeros analistas

El oficio de analista tiene un lento desarrollo, quien ocupa ese lugar requiere pasar por un proceso semejante al desenredo de las madejas, donde siempre existen nudos que no dejan de ofrecer nuevas posibilidades. Del mismo modo como el tejedor se hace al conocer su oficio y sus herramientas, el psicoanalista se forma y se entrena en la escucha, trabaja arduamente consigo mismo como modo indispensable para conocer su oficio, único modo para poder tejer significantes con otros sujetos.

Cuando Freud ocupó el lugar de psicoanalista partió de otro oficio distinto, era médico, neurólogo y las herramientas con las que contaba eran la medicina y la ciencia objetiva, la observación del cuerpo humano y sus vicisitudes, sus fallas, sus síntomas y padecimientos, su proceder partía de la explicación orgánica de algún síntoma, procuraba ser lo más científico posible. Sin embargo, se topa con síntomas extraños cuyo origen no se encontraba en una falla orgánica, ¿de dónde venían entonces?, ¿del fingimiento?, ¿de las ganancias que la enfermedad provocaba?, ¿de la voluntad de padecer? Estos padeceres fueron denominados, a lo largo de la historia de la psicopatología, como enfermedades nerviosas, a las que Freud llamó “neurosis” retomando el término de William Cullen¹⁰⁹ quien fue el primero en emplearlo en el siglo XVIII y ante las cuales, la medicina y la psiquiatría, al no haber evidencia orgánica que las produjera, evadían su tratamiento. Freud, sin embargo, no se alejó del enigma respecto del origen de estos síntomas y en cambio le dejó el deseo de investigar sobre ellas.

En sus investigaciones Freud confirmó la importancia de la *psiqué* del enfermo y la influencia sobre sus síntomas, pero al sentirse ante fenómenos

¹⁰⁹ Álvarez, J.M., Esteban, R., Sauvagnat, F. (2009), Fundamentos de Psicopatología Psicoanalítica. Madrid. Síntesis, p.61.

nuevos, había que crear nuevas formas de tratarlos. Elaboró varias hipótesis, utilizó varios métodos y procedió de un modo parecido al de la ciencia, ensayo y error le dirán el camino a seguir. Acudió con Charcot, utilizó procedimientos clásicos de la época: curas de reposo, cura de aguas, electroterapia, hipnosis, sugestión, catarsis, abreacción, hasta llegar a la asociación libre como método por el cual la histérica podría llegar al recuerdo que provocó el primer síntoma de su enfermedad.

De esta manera empezó a trabajar con lo que la enferma le decía, con el relato de sus pensamientos, de sus fantasías, con esas cosas que había olvidado y que emergían de la memoria, recuerdos que, sin él predecirlo de antemano, lograban desanudar el síntoma. La evolución de los procedimientos utilizados por Freud se debió a los resultados que iba obteniendo¹¹⁰, acceder y trabajar con los recuerdos implicó un nivel de confianza y un vínculo con la persona del médico, al que llamó transferencia. Realizó toda una investigación clínica sobre este fenómeno y fueron las dificultades y los fracasos con sus casos, o que le hizo preocuparse por ser futuros analistas.

La construcción del psicoanálisis le llevó a Freud muchos años de trabajo. Empezó por organizar la “Sociedad de los Miércoles”, compuesta por discípulos que se adherían a sus novedosas propuestas sobre lo inconsciente, y cada reunión consistía en una conferencia por alguno de los miembros y una discusión posterior. Freud disolvió esta sociedad en 1907 para dejar que cada miembro tuviera la libertad de seguir o separarse sin perjudicar las relaciones personales y proponer el inicio del proceso de institucionalización del psicoanálisis, estableció que este mismo procedimiento se repitiera cada tres años de acuerdo a los avances teóricos coseguidos, modalidad que solo funcionó hasta 1910 cuando el propio Freud organizó la primera Asociación Internacional Psicoanalítica (IPA por su siglas en inglés) en el Congreso de Nuremberg y a partir de entonces, las relaciones entre los primeros psicoanalistas se tornaron complejas.

Esta primera asociación a nivel internacional se erigió con reglamentos que la fueron transformando en una sociedad burocrática de psicoanalistas que se enredaron en el juego político por el poder y reemplazaron el debate teórico y el

¹¹⁰ Cfr. Perrés, J. (1998) *Proceso de constitución del método psicoanalítico*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

desarrollo psicoanalítico, y cuanto más trataba Freud de reforzar la cohesión, más resquebrajamientos se dieron al interior del movimiento psicoanalítico, las primeras disidencias entre 1911 y 1913 se refirieron o, a nociones teóricas centrales como la de inconsciente y vida pulsional, o a cuestiones del método y duración del tratamiento psicoanalítico y fueron para Freud consecuencia de las resistencias surgidas ante la aproximación a las desagradables verdades del psicoanálisis, ante las que los mismos analistas pueden resistirse y emprender la huida *“para justificar con fundamentos intelectuales esa repulsa dictada por los afectos”*.¹¹¹ El proceso de institucionalización del psicoanálisis se sumergió pronto en el proceso de controlar las desviaciones que provocaron las primeras disidencias entre cuyos protagonistas estuvieron Alfred Adler, Carl Jung, Wilhem Stekel y Otto Rank, quienes comenzaron a hacer sus propios desarrollos teóricos que tenían muchas divergencias con las teorías de Freud.

Freud descubre con sus pacientes, en su correspondencia con Fliess y en la relación entre los analistas, la presencia de la transferencia y las dificultades que ofrece su manejo, por lo que desde sus escritos técnicos tuvo abordar este fenómeno y prevenir a los primeros analistas¹¹². Las dificultades en el manejo de la transferencia le remitían a las dificultades propias de los analistas frente a lo escuchado, por lo que nombró contratransferencia a toda dificultad venida por parte del analista al proceso de sus pacientes, y esto le hizo considerar la importancia fundamental del análisis personal de todo futuro analista.

Por ello, en materia didáctica, Max Eitingon, colaborador de Freud desde 1907, sienta las bases del futuro sistema formativo en el Congreso celebrado en Budapest de 1918,¹¹³ pero fue hasta 1925 que las estipulaciones en materia didáctica quedaron establecidas en el congreso de la IPA celebrado en Bad Homburg, donde se creó la Comisión Internacional de Formación. Fue presidida por Eitingon y se estableció que todo candidato a analista debía someterse a un análisis personal, convirtiéndose así en un requisito oficial internacional.¹¹⁴

¹¹¹ S. Freud (1915), Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. *Op. Cit.* Vol. XIV, p. 23.

¹¹² Serie de escritos en torno al método psicoanalítico y la acción del analista, concentrados bajo el nombre “Trabajos sobre técnica psicoanalítica” (1911-1915) en el Tomo XII de las Obras Completas de Freud, en la Edición de Amorrorrtu.

¹¹³ Sidney L. Pomer, “La organización de la formación psicoanalítica” en Grotjahn M. (1968) *Historia del Psicoanálisis*. Vol. II, Paidós, Buenos Aires. p. 89.

¹¹⁴ Fine, R. (1982) *Historia del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. Vol. I, p. 96

La instrucción de los primeros analistas era uno de los problemas que entreveía, debía haber un lugar donde los futuros analistas pudieran formarse, y que para su actividad pudiera ofrecer una suerte de reaseguro como garantía de la formación y de la continuidad del discurso psicoanalítico. Al inicio esta formación era exclusiva para los médicos, pero Freud desde los primeros tiempos sostuvo que el psicoanálisis no era solamente competencia de los médicos y defendió enérgicamente el ejercicio del psicoanálisis para los que no lo eran, posición que se hizo evidente en 1926 cuando él mismo defendió a Theodor Reik, acusado por la Sociedad Psicoanalítica de Viena por ejercer el psicoanálisis sin ser médico. A raíz de este caso publicó sus argumentaciones en defensa del ejercicio de psicoanálisis por los “no médicos” que llamaban legos.

Durante los primeros tiempos, la formación del analista consistía en lecturas, discusiones, entrevistas, el reconocimiento de Freud, que constituían la formación teórica del futuro analista que podía realizar sus propias contribuciones. Eso iba unido al comentario sobre los casos atendidos, se consultaba a quien estaba más experimentado sobre dificultades que se tenían en el tratamiento. Se añadió el análisis personal, que al principio consistía en el análisis mutuo de sueños, como un valor demostrativo de los fenómenos inconscientes y que derivó en requisito fundamental de un análisis individual de cada futuro analista.

Freud en 1926, en su obra “¿Pueden los legos ejercer el análisis?”¹¹⁵, expuso la experiencia de la formación que brindaba la IPA a la primera generación de analistas.

Ya entonces la base era el análisis personal, la formación teórica y la supervisión con analistas más experimentados durante dos años, lo que hoy se conoce como el trípode. Pero al mismo tiempo Freud fantaseaba con la posibilidad de una escuela superior psicoanalítica, donde retomaba la libertad de seguir pensando y construyendo una formación apropiada.¹¹⁶

Y, aunque Freud proponía que la formación de los analistas contuviera no solo temas médicos, sino también sociológicos, como historia evolutiva, historia de la

¹¹⁵ Freud, S. (1926) “¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial”, *Op. cit.* Vol. XX.

¹¹⁶ Fine, r. (1982) *Historia del Psicoanálisis*. Vol. I, pp.96-97. Buenos Aires.

cultura y ciencias de espíritu¹¹⁷, la historia de la formación psicoanalítica quedó atrapada en la formación impartida por la IPA que ya incluía el trípode formativo, pero sin considerar estas ideas abiertas que Freud proponía a sus 70 años.

Sin embargo, su muerte en 1939 y la coyuntura histórica y social de la Segunda Guerra Mundial conmocionaron también al movimiento psicoanalítico y le imprimieron su huella, misma que se hizo notar en la emergencia de diferencias teóricas respecto a la original teoría de Freud. Estos sucesos y posteriormente la situación de la post guerra ejercieron su influencia en la creación de instituciones que intentaran garantizar la transmisión del psicoanálisis. Sin embargo, la institucionalización de la formación psicoanalítica inscribió al psicoanálisis mismo en una encrucijada: la convergencia entre el discurso psicoanalítico, que no es otro que el de lo inconsciente y el intento de adaptarlo en los moldes de una disciplina academizada en el contexto de distintos momentos históricos del desarrollo del psicoanálisis a los que se añaden otros factores que sin duda se nos escapan y cuyos síntomas no tardaron en aparecer.

b. Los enredos del proceso: la transferencia y la contratransferencia

El descubrimiento del fenómeno de la transferencia y las dificultades de su tratamiento hicieron de su abordaje el instrumento primordial para el proceso psicoanalítico, llegando a considerar que sin su emergencia y sin el soporte del analista que la escucha y la trabaja, no hay análisis posible, por lo que la habilidad en su manejo es indispensable en la posición del analista. Sin embargo, Freud no inventa dicho término, solo desarrolla lo que conlleva dentro del campo de psicoanálisis.

Incluso para el mismo Freud el término de transferencia fue adquiriendo matices diferentes desde su incursión en la ciencia médica hasta la invención del psicoanálisis, su concepción pasó por distintos momentos. Ante los fenómenos de la histeria, utilizó el término de transferencia de pensamientos para referirse a uno de los oscuros problemas planteados por el hipnotismo. También lo empleó para explicar la movilidad de los síntomas histéricos, es decir, como transferencia de un síntoma histérico a un lugar simétrico del cuerpo, cuyo testimonio plasmó en

¹¹⁷ Freud, (1926) *Op. Cit.*, p. 241

sus primeros escritos, conservando en sus explicaciones el espíritu científico¹¹⁸ que siempre lo caracterizó. Cuando abandonó la hipnosis como parte de su tratamiento y empleó técnicas de insistencia en las que colocaba la mano en la frente de las pacientes histéricas y las inducía a asociar mediante una orden directa bajo los efectos de la sugestión, cuya intensidad produjo la emergencia del amor hacia el médico, lo que provocaba necesariamente una interrupción del procedimiento. Fue entonces que empleó el término de transferencia como un “enlace falso”¹¹⁹ hacia la persona del médico, que se producía cuando la paciente temía “transferir” las representaciones penosas nacidas del contenido del análisis.

Dentro del ámbito de la psicología, la transferencia aborda el aspecto consciente de la psique y utiliza el término para hablar de desplazamientos en el campo de la percepción, en el desplazamiento de valores, de ideas y de afectos que le dan su carácter dinámico. Pero en el nacimiento de psicoanálisis, Breuer, médico y fisiólogo austriaco, en su tratamiento de la histeria, atendió a Ana O., en quien testimonió la emergencia del amor de transferencia que él no supo manejar y tuvo que abandonar el caso¹²⁰ derivándoselo a Freud. De la intensidad de las reacciones afectivas producidas en la relación paciente-médico, Freud aprendió que tomarse de modo personal las propuestas de amor de las pacientes tenía sus consecuencias. Concluyó que el surgimiento del amor hacia el médico era un error donde surgía la resistencia de las pacientes al recuerdo traumático y al querer del médico respecto de su emergencia como elemento patógeno, se mudaba en amor y obstaculizaba el tratamiento. Freud se mantuvo a distancia del amor del paciente y consideró que la neutralidad y el respeto eran indispensables, una toma de distancia necesaria que le permitió no tomar de modo personal el amor que se le dirigía.

Así, en sus inicios el amor de transferencia fue considerado por Freud como un obstáculo a remover en el tratamiento, ante la repetición del fenómeno del amor no dejó de preguntarse “¿de dónde viene la transferencia, qué dificultades depara, cómo se supera y qué utilidad se extrae en definitiva de

¹¹⁸ Cfr. Freud, S. (1888) “Histeria”, *Op. Cit.* Vol. I, pp. 49-99.

¹¹⁹ Freud, S. (1895) “Psicoterapia de la Histeria”, en *Estudios sobre la Histeria* (J. Breuer y S. Freud (1893-1895) *Op., cit.*, Vol. II, p. 306.

¹²⁰ *Ibid.*

ella?”,¹²¹ preocupación que le acompañó en la formación de los primeros analistas. En los primeros diez años del desarrollo del psicoanálisis que se dieron con la entrada del siglo XX, Freud trabajó solo en la elaboración de su teoría la mayor parte del tiempo y siempre derivada de su experiencia clínica. La elaboración de los principales conceptos de su teoría derivaban de su anclaje en la ciencia moderna y la medicina, entre ellos los principios termodinámicos de donde derivaron sus teorías del principio del placer y el principio de realidad, así como otros tomados de la mera experiencia clínica y donde utilizó otros modelos tomados de la literatura clásica como Edipo rey.

Entre sus primeros seguidores el conocimiento sobre el psicoanálisis se adquiría de manera teórica y, aunque Freud desde 1910 recomienda el análisis personal del analista, los candidatos a analistas no estaban obligados a hacer un análisis personal, incluso sus primeros dirigentes no se habían psicoanalizado y sus bases en los principios psicoanalíticos eran en general escasas. Todavía en 1914 Freud opinaba que si alguien era suficientemente “normal”, el análisis de sus sueños bastaría como preparación para ejercer el análisis¹²² y las nociones respecto de la transferencia y la contratransferencia apenas empezaban a cobrar importancia. En 1913 fue Ernest Jones el primer psicoanalista que tuvo la experiencia de un análisis didáctico bajo la dirección de Sandor Ferenczi.¹²³

En la evolución de su técnica, Freud consideró primero la importancia de la cadena asociativa para hacer emerger el recuerdo transferido sobre la persona del médico y buscarle su sentido, y encontró otra dimensión del amor que tenía que ver con la repetición del pasado. La transferencia considerada como la emergencia de un accidente y de un obstáculo que no permitía avanzar en la búsqueda, pasa de ser una falsa conexión a ser la expresión de un amor que se repite, insertándose en una lógica distinta donde la experiencia del amor hace hablar de él después de haberlo vivido y donde repetirlo es también una forma de aliviarlo.

Freud quiso desentrañar ese mecanismo que parecía repetirse sin sentido, acudió al recuerdo cuya emergencia podía provocar el cese de la repetición que

¹²¹ Freud, S. (1917) “27ª Conferencia. La Transferencia”, *Op.,cit.* Vol. XVI, p. 403.

¹²² Freud, S. *Op. Cit.* Vol. XIV, p.19.

¹²³ Fages, J. *Historia del Psicoanálisis después de Freud*, Martínez Roca, S.A. Barcelona, 1976, p.95.

alimenta el síntoma. Es decir, al principio, no estaba la transferencia, solo el descubrimiento del inconsciente y la interpretación. Estableció en su método, la regla de la asociación libre —mismo que surge ante la necesidad expresada por una de sus pacientes, de hablar en libertad, sin presión ni preguntas por parte del médico— promoviendo la emergencia de un insospechado saber sobre sus síntomas que provocaba su disolución, para luego añadir la transferencia misma como vehículo, o sea que pasa de ser tratada igual que cualquier otro síntoma que habría que remover a ser un elemento indispensable en el proceso psicoanalítico.

Freud se preguntó entonces sobre la relación entre el saber del inconsciente y el amor de transferencia, ya que la dimensión del amor que ahí se juega, implica la necesaria consideración de la posición del médico ante este fenómeno y, sin dejar de como un obstáculo, mostró el aspecto verdadero de la ceguera del amor de transferencia, constató su carácter inevitable y consideró la necesidad de servirse de ella para los fines del tratamiento analítico. Ello implicaba una posición ética ineludible en el médico, tomar en serio esa transferencia sin responder a las repetidas demandas de amor como si fueran dirigidas a su persona, requería aceptar que, si el amor de transferencia se viste de engaño, es porque suple algo¹²⁴ y eso da una nueva significación a la posición del analista:

La transferencia tiene esta importancia extraordinaria, lisa y llanamente central para la cura, en las histerias, en las histerias de angustia y las neurosis obsesivas, que por eso se reúnen con justo título bajo el nombre de “neurosis de transferencia”. Quien ha recogido en el trabajo analítico la impresión cabal del hecho de la transferencia ya no puede dudar acerca de la índole de las mociones sofocadas que se procuran expresión en los síntomas de estas neurosis, ni pide pruebas más concluyentes acerca de su naturaleza libidinosa.¹²⁵

Tomar distancia de este fenómeno y sus manifestaciones de amor le permite a Freud considerar la transferencia no sólo como una resistencia, sino como una poderosa herramienta, es decir, clarificar la transferencia, diferenciarla de la sugestión y considerar que el amor demandado por el paciente se presenta como posibilidad, como condición para la emergencia de lo inconsciente que determina

¹²⁴ Cfr. Freud, S. (1914) “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”, *op., cit.*, Tomo XII.

¹²⁵ Freud, S. (1917) “27ª Conferencia. La Transferencia”, *op., cit.*, t. XVI, p. 404.

la repetición del síntoma, posibilidad y vía para su desanudamiento. Para lo cual vio necesaria la clarificación de la posición del médico frente a este fenómeno:

Ahora bien, ¿de qué modo debe comportarse el analista para no fracasar en esta situación, si es cosa para él decidida que la cura tiene que abrirse paso a pesar de esta transferencia amorosa y a través de ella? [...] Uno debe guardarse de desviar la transferencia amorosa de ahuyentarla o de disgustar de ella a la paciente; y con igual firmeza uno se abstendrá de corresponderle. Uno retiene la transferencia de amor,[...] que debe ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes y ayudará a llevar a la conciencia lo más escondido de la vida amorosa de la enferma, para así gobernarlo.¹²⁶

Es decir, abrirse paso a través de la transferencia implica para el analista prestarse a la declaración amorosa del paciente para luego ponerle pruebas, hacerla a pasar por el decir del paciente y así mudar la transferencia en recuerdo afirmando que la rememoración permite la cura.¹²⁷ Esta posición supone un saber aún no descubierto del lado de quien se analiza, quien el compromiso con su decir en el análisis, le abre el camino a un saber sobre su posición en el sufrimiento, sobre su síntoma, su padecer, su implicación en ello y, por tanto, su responsabilidad ante las consecuencias de la posición subjetiva asumida.

Freud expone de un modo coloquial¹²⁸ el desarrollo de la transferencia en los inicios de un proceso analítico y habla, no solo la transferencia positiva y sus consecuencias que favorecen la cooperación y los progresos de parte del paciente, sino también las dificultades en las que la transferencia misma se torna negativa, manifestando actitudes hostiles y resistentes, mismas que ponen a prueba al médico. Freud no pierde de vista la dimensión del engaño en ambos tipos de transferencia y para evitar responder a ellas, nunca considera necesario y menos aún importante, ser amado por el paciente en el sentido de caerle simpático para trabajar analíticamente, en esa dirección no hace ningún esfuerzo, es decir, no considera simétrica la relación médico-paciente y la descentra de los mecanismos de la sugestión fundamentados en la simpatía o el temor al médico.

¹²⁶ Freud, S. (1915) "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia", *op., cit.*, T. XII, pp. 167 y 169.

¹²⁷ Cfr. Freud, S. (1914) "Recordar, repetir, reelaborar", *op., cit.*, T. XII.

¹²⁸ Freud, S. (1917) "27ª Conferencia. La Transferencia", *op., cit.*, t. XVI, p. 400.

Las vicisitudes que Freud enfrentó en el manejo de la transferencia a lo largo de sus casos clínicos, dejan un legado y un aprendizaje muy particular en cada uno y, sin hacer concesiones en lo que respecta a la posición del analista, siempre transmite a los futuros analistas, la necesidad de trabajar la transferencia para mudar la repetición en recuerdo, alentar la asociación libre para que emerja el amor y la hostilidad así como los recuerdos que los provocan y así, al trabajar sobre el nudo del amor y la repetición, utilizar esa transferencia para la cura:

[...]podemos decir que el analizado no *recuerda*, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo *repite*, sin saber, desde luego, que lo hace. [...]Por supuesto que lo que más nos interesa es la relación de esta compulsión de repetir con la transferencia y la resistencia. Pronto advertimos que la transferencia misma es solo una pieza de repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado.¹²⁹

En el descubrimiento del saber inconsciente, Freud habló de la resistencia y del poder de lo reprimido y que, en el caso de los enfermos se daba siempre en la acción, es decir, durante el tratamiento se repetían las inhibiciones, los rasgos patológicos del carácter, las actitudes inaceptables y los síntomas que solían provocar el inevitable “empeoramiento durante la cura”, por lo que recomendaba evitar que los pacientes emprendieran nuevas y arriesgadas empresas en su vida durante el tratamiento. Desde entonces habla del necesario manejo de la transferencia como parte del método psicoanalítico:

Ahora bien, el principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente, y transformarla en un motivo para recordar, reside en el manejo de la transferencia[...] le abrimos la transferencia como la palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado.¹³⁰

Fue en este proceso como Freud pasó a considerar el manejo de la transferencia de modo que contribuyera a la cura y llegó a considerarla como “la más poderosa palanca de éxito”¹³¹, pero advirtió también que puede constituirse como la más

¹²⁹ Freud, S. (1914) “Recordar, repetir y reelaborar”, *op.cit.* t. XII, p. 152

¹³⁰ *Ibid*, p. 156.

¹³¹ Freud, S. (1912) “Sobre la dinámica de la transferencia”, *Op. Cit.* Vol. XII, p.99.

potente resistencia debido a los estancamientos de la libido en la persona del médico, la tendencia a la actuación y a la repetición que pueden bloquear el recuerdo.

En sus escritos técnicos advirtió que no hay recetas para la conducción del proceso ni se propuso dar una guía práctica para el ejercicio del psicoanálisis con reglas¹³², que sean aplicables a todos los casos ya que, “las variadas formas de enfermedad que tratamos no pueden tramitarse mediante una misma técnica”,¹³³ por lo que, se limitó a dar algunos lineamientos para el manejo de la transferencia derivados de su propia experiencia y, al descubrir su naturaleza, la consideró la puerta de la emergencia del inconsciente, columna vertebral de la experiencia psicoanalítica que se genera de un modo particular en cada sujeto, por lo que enfatizó a sus seguidores la importancia de su adecuado manejo.

Sin embargo, las dificultades presentadas en el manejo de la transferencia provocaron los primeros enredos del analista frente a ella, razón por la que Freud en 1910 habló por primera vez del término de contratransferencia para referirse a la transferencia no trabajada del lado del analista hacia su paciente:

Nos hemos visto llevados a prestar atención a la contratransferencia que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine.¹³⁴

Define el fenómeno de la contratransferencia como las reacciones personales indebidas de parte del analista frente a la transferencia manifiesta del paciente y, al entenderla como una resistencia del analista establece sin más, un requisito en la formación del analista: someterse a un análisis personal previo al inicio de la práctica del psicoanálisis con el fin de evitar que sea un obstáculo en el proceso analítico de sus pacientes, y con ello deja clara la exigencia de que cada analista se aboque previamente al conocimiento de su propio inconsciente.

Cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores, y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida a medida que hace sus

¹³² ———, (1917) 27ª Conferencia: “La transferencia”. *Op. Cit.* Vol. XVI, p.417.

¹³³ ———, (1919) “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, *Op. Cit.* Vol. XVII, p. 161.

¹³⁴ ———, (1910) “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”, *Op. cit.*, Vol. XI, p. 136.

experiencias en los enfermos. Quien no consiga nada con ese autoanálisis, puede considerar que carece de aptitud para analizar enfermos.¹³⁵

Ante los enredos que la contratransferencia podía provocar en el tratamiento de un paciente, Freud le exige al analista cierta frialdad de sentimiento que le permitiera tomar distancia y evitar involucrarse afectivamente con el paciente y cuidar su propia vida afectiva¹³⁶.

Sin embargo, si es un hecho que durante la escucha analítica, el analista no puede evitar sus reacciones emocionales, consideró que lo importante es su ubicación, su silencio y su control en la sesión analítica, así como su revisión posterior de manera personal, ya que su manifestación constituye una “resistencia” de su parte al proceso del paciente. Freud estableció que el analista debe analizarse previamente, entrenarse en la escucha de lo inconsciente y en la detección de sus variadas manifestaciones, ya que el analista se sirve de su inconsciente como instrumento en el análisis al analizar a alguien más.

Recomienda asimismo a los analistas mostrar al paciente lo menos posible de su vida personal, la revelación de su propia personalidad al paciente, la discusión de sus propias experiencias y dificultades, así como la utilización de tratamientos por sugestión, ya que en nada ayudan a descubrir el inconsciente del enfermo y sólo contribuyen a incrementar sus resistencias.

Estableció asimismo la necesidad de dos reglas fundamentales, una para el paciente y otra para el analista. Como correspondiente al paciente establece “la asociación libre”¹³⁷ que permite la emergencia de los contenidos inconscientes, mientras que para el analista establece como indispensable para la escucha, la *atención flotante*,¹³⁸ que consiste en escuchar sin fijar su atención en alguna cosa en especial o contenido particular del discurso del paciente, y advierte del peligro inseparable de ese fijarse deliberado, lo que implica ya un primer aviso sobre la necesidad de no intervenir desde la contratransferencia como posición del

¹³⁵ *Idem.*

¹³⁶ Freud, S. (1912) “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, *Op. Cit.* Vol XII, p. 112

¹³⁷ Método adoptado por Freud a partir del tratamiento de Emy Von R en 1892, cfr. “Estudios sobre la histeria”, *Op. cit.*, t. II, p. 78. Sin embargo, Freud nombra este método hasta 1909 en sus conferencias dictadas en Estados Unidos, cfr. “Cinco conferencias sobre psicoanálisis”, p.27, y lo describe como el único posible para el acceso a lo inconsciente.

¹³⁸ Freud, S. (1912) “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, *Op. Cit.* Vol. XII, p. 112.

analista puesto que, el fijarse deliberado tiene que ver más con los intereses afectivos o incluso teóricos del analista que del discurso del paciente.

Por ello, Freud recomendó, no solo un continuo autoanálisis, sino que el mismo analista se someta a un tratamiento psicoanalítico, ya que toda represión no solucionada acarreará “un punto ciego en su percepción analítica”.¹³⁹ Así, el trabajo previo del analista sobre sí mismo le permitirá, en lo posible, dejar de lado sus propias resistencias para escuchar lo que el analizado tiene para decir.

Desde Freud, la posición del analista no es simétrica respecto de su paciente, puesto que no ha de dar a conocer aspectos de su vida y personalidad en el tratamiento sino ser como un espejo que muestra lo que le es mostrado¹⁴⁰ ya que además, es el paciente quien previamente le supone un saber al acudir a su consulta. Al utilizar la metáfora del espejo propone ya una primera posición para el analista a través de la cual pueda contribuir a crear condiciones de posibilidad para que el sujeto “vislumbre” los efectos de las repeticiones, de las resignificaciones, de su búsqueda y tropiezos, de sus “puntos ciegos”, la verdad sobre sus fantasías, en ese movimiento de reactivación del deseo inconsciente.

En varias de sus obras enfatiza la necesidad de que el médico se mantenga en su posición, Freud señala la *actitud de abstinencia* que el analista debe tener con su paciente, entendiendo ésta no sólo de una privación corporal sino también de fuerzas pulsionales que se manifiestan en la necesidad y la añoranza, ante las que el analista debe guardarse de apaciguar o encontrar sustitutos.¹⁴¹ El acercamiento a la vida del paciente a través de la escucha analítica, no se hace con el afán de “entenderla” puesto que muchas de las manifestaciones de lo inconsciente no conservan la coherencia necesaria para hacerlo, ni tampoco se trata de llegar a una supuesta verdad externa u “objetiva”, mucho menos intentar dirigirla o modificarla, por lo que Freud previno contra el afán de curar y la actitud pedagógica ante el enfermo: “...*me atrevería a decir que sería un acto de violencia, por más que invoque los más nobles propósitos*”,¹⁴² y contentarse con la habilidad de su paciente y advierte “*el analista respeta la especificidad del*

¹³⁹ Término acuñado por W. Stekel en 1911, citado por Freud en 1912, *Op. cit.*, p. 115

¹⁴⁰ Freud, S. (1912) “Sobre la dinámica de la transferencia”, *Op. Cit.* Vol. XII, pág. 117.

¹⁴¹ Cfr. Freud, S. (1915) “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia” y (1919) “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. *Op. Cit.*, Vol. XVII, pp.158-159.

¹⁴² *Op. cit.*, pp. 160-161

*paciente, no procura remodelarlo según sus ideales personales –los del médico-, y se alegra cuando puede ahorrarse consejos y despertar en cambio la iniciativa del analizado.*¹⁴³

El médico debe abstenerse de imponer ciertas tareas al paciente, no debe sugerirle al paciente el modo de resolver los conflictos que se le presentan en la vida, ni acceder a una reeducación emocional, sino por el contrario, despertar su iniciativa para hacerlo según sus propios recursos psíquicos y el momento adecuado para ello.

Cabe entender que, las pocas intervenciones del analista en la dirección de la cura apuntan a una verdad subjetiva que está más allá de los problemas de adaptación por lo que, solo deben emitirse interpretaciones y/o construcciones que permitan al paciente acceder a su propio saber inconsciente y desde ahí, desarrollar su habilidad para la resolución de sus conflictos. La actitud silenciosa del analista debe dejar subsistir en el paciente la demanda –nunca del todo satisfecha–que haga disminuir el anclaje de sus síntomas, diferenciando así el psicoanálisis de otros tratamientos:

[...] no es bueno consentirle demasiado (al enfermo). Quien como analista, acaso por desborde de su corazón caritativo, dispense al paciente lo que todo ser humano tiene derecho a esperar del prójimo, cometerá el mismo error económico en que incurren nuestros sanatorios no analíticos para enfermos nerviosos. Se afanan en que todo le sea lo más grato posible al enfermo sólo a fin de que se sienta a gusto y en otra ocasión acuda a refugiarse allí de las dificultades de la vida... En la cura analítica es preciso evitar toda malcrianza de esa índole. Al enfermo tiene que restarle muchos deseos incumplidos de su relación con el médico. Lo adecuado al fin, es justamente, denegarle aquellas satisfacciones que más intensamente desea y que exterioriza con mayor urgencia.¹⁴⁴

Freud señala al médico la prohibición de extraer de la relación transferencial alguna ventaja personal, enfatizando la dimensión ética de su labor además de por motivos técnicos, que le imponen una gran responsabilidad, ya que no puede estar a salvo de lo que se juega en esta particular relación. El analista debe descubrir los

¹⁴³ Freud, S. (1923) “Dos artículos de enciclopedia: “Psicoanálisis” y “Teoría de la libido”, *Op. Cit.* Vol. XVIII: 247.

¹⁴⁴ Freud, S. (1919) “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. *Op.Cit.* Vol. XVII, pp. 159-160.

giros del amor que se revelan ante sus ojos, evitar los peligros que el mal manejo de la transferencia puede acarrear y mantener la cura en abstinencia,¹⁴⁵ para lo cual su trabajo previo es indispensable para evitar lo que puede desencadenar su contratransferencia: *“Por tanto tiene su buen sentido que al analista se le exija como parte de su prueba de aptitud, una medida más alta de normalidad y de corrección anímicas”*,¹⁴⁶ que se intenta obtener de la adecuada formación analítica.

Si bien la perfecta normalidad psíquica no existe, el análisis del analista previo a su ejercicio en la profesión le permitirá la abstención necesaria para la conducción de un nuevo análisis. Y si, consideramos con Freud que educar y gobernar están en el orden de lo imposible y que *“analizar sería la tercera de aquellas profesiones ‘imposibles’ en que se puede dar anticipadamente por la cierta insuficiencia del resultado”*,¹⁴⁷ no se excluye que la necesidad del análisis del futuro analista le permite estar más atento a los errores contratransferenciales de los que no se está exento y le hablan de la necesidad de continuar el trabajo de su inconsciente.

Freud se pregunta entonces por la diferencia entre alguien que ha atravesado la aventura de un análisis y alguien que no, respondiéndose que el primero está convencido de la existencia del inconsciente y la experiencia del mismo lo coloca en un lugar diferente desde el que es posible analizar, separando la propia subjetividad de la transferencia bajo la cual se escucha. Por lo que, ejercer el psicoanálisis implica un período formativo previo, en el cual el candidato a analista además de pasar por la experiencia misma de la transferencia en la búsqueda del saber inconsciente, por el aprendizaje sobre *lo* inconsciente y sobre *su* inconsciente, que le posibilite la conducción de otra cura. Sabiendo que el inconsciente es inagotable y que un análisis llegado a su final no se realiza de modo completo, Freud afirmó en 1937 *“que el análisis propio también, y no sólo el análisis terapéutico de enfermos, se convertiría de una tarea terminable en interminable”*.¹⁴⁸

Desde entonces, el silencio, el no esperar nada del paciente, el no desear sino el descubrimiento del deseo inconsciente, parecían ser los garantes de la

¹⁴⁵ Freud, S. (1915) “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”, *Op. Cit.* Vol. XII, p. 169.

¹⁴⁶ Freud, S. (1937) “Análisis terminable e interminable”, *Op. Cit.* Vol. XXIII, 1937, p. 249.

¹⁴⁷ *Ibid.*

¹⁴⁸ *Op. cit.*, p. 251

neutralidad en la conducción de la cura, y pasaron a ser durante mucho tiempo las virtudes de los buenos analistas, cuestionadas después por las escuelas que elaboraron toda una teoría sobre la contratransferencia que Freud no elabora, pero la considera un obstáculo al proceso del análisis de los pacientes, acuñó el término sólo para referirse a algún accidente que sucede en el análisis, algo poco deseable de parte del analista, y que no debería ofrecer problemas a alguien que se supone analizado.

c. Los nudos sin solución: las distintas concepciones de la contratransferencia

Las primeras recomendaciones hacia los nuevos analistas, el crecimiento del movimiento psicoanalítico y luego la muerte de Freud, deja interrogantes sin resolver respecto de la formación de los analistas. La institucionalización de la formación fue una respuesta de las escuelas psicoanalíticas post freudianas y a pesar de sus diversas posturas, se mantuvieron ejes comunes ante ésta problemática como el análisis personal, la formación teórica y la supervisión de casos clínicos, criterios que se convirtieron en los requisitos formativos necesarios para los futuros analistas.

Freud, por tanto, no elabora teoría alguna sobre la contratransferencia por considerarla inadecuada como manifestación y posición en la escucha. Con ello, revela algo de su deseo, poder sostener el proceso analítico sin los desvíos que la falta de análisis del analista y los malos manejos transferenciales pueden ocasionar. Sin embargo, posteriormente se presentarán otros problemas respecto de la posición del analista, entre los cuales está la cuestión de los análisis didácticos y la formación del analista que, insertos en las realidades históricas del momento y del movimiento psicoanalítico de la época, provocaron deserciones, nuevas posturas teóricas y grupos que hicieron escuela e hicieron sus propias consideraciones sobre la posición del analista.

El eje de la contratransferencia pasó a ser de importancia por contribuir a la definición de la posición del analista. En un principio las concepciones de Freud al respecto no se vieron alteradas y el concepto de la contratransferencia fue un concepto rector de la práctica analítica, pero cada escuela hizo un intento de respuesta que dependía en realidad de la concepción de la transferencia en el

análisis, y durante la situación de la post guerra –en la década de 1950– los analistas post freudianos consideraron la transferencia en relación a los afectos, solo como repetición del pasado, lo que impedía la instalación de la transferencia amorosa y las vicisitudes –contratransferencia incluida– de su manejo.

Allí el movimiento analítico se separó de Freud restando importancia al amor de transferencia y centrando el papel del analista en una dimensión intersubjetiva en la que la contratransferencia dejaba de ser un obstáculo. El psicoanálisis oficial abanderado por la IPA llegó a considerarla una guía en la conducción de la cura.

Estos alcances crearon uno de los mayores contrastes entre las escuelas psicoanalíticas post freudianas haciéndose extensivas al campo de la psicoterapia. Consideraremos brevemente tres escuelas psicoanalíticas post freudianas que emergieron entonces por la ubicación geográfica de los analistas y en las que hubo desarrollos particulares al respecto: escuela inglesa, iniciada en un primer momento por Ernest Jones y cuyo camino teórico se erigió con los aportes de Melanie Klein; la escuela americana en Estados Unidos donde había ya algunos centros y cobraron importancia los aportes de Hartmann, Kris y Lowenstein, Adler y Ana Freud entre otros y, la escuela francesa, entre cuyos aportes sobresalen los de Jacques Lacan y que, junto con Freud constituyen el eje de la presente investigación.

Escuela Inglesa

El psicoanálisis en Gran Bretaña fue iniciado por Ernest Jones, uno de los más íntimos amigos de Freud y fiel partidario del psicoanálisis a lo largo de 30 años de su vida dedicado al movimiento psicoanalítico, funda en 1913 la Sociedad Psicoanalítica de Londres que se disolvió a causa de disensiones y presiones ejercidas por la disidencia de Carl Jung que amenazaban su continuidad.¹⁴⁹ La reconstituye en 1919 como Sociedad Inglesa de Psicoanálisis con la colaboración de Edward Glover, médico psiquiatra, cuya obra “La técnica del psicoanálisis” fue por mucho tiempo indispensable en la formación de los analistas. En 1924 se fundó el Instituto de Psicoanálisis que constituyó un apoyo a la formalización del

¹⁴⁹ E. Glover, (1968) “El psicoanálisis en Inglaterra”, en *Historia del Psicoanálisis*, vol. VII, Paidós, Buenos Aires, p. 58.

entrenamiento de analistas. El psicoanálisis en esta región estuvo marcado profundamente por las figuras de Melanie Klein y Anna Freud, de quienes más tarde, sus trabajos y desarrollos teóricos dieron origen a distintas corrientes psicoanalíticas.

Respecto de la posición del analista en la cura, surgen cuestionamientos sobre la intersubjetividad y la relación dual entre analista-paciente, sobre la simetría y asimetría y el papel de la contratransferencia en la cura. Para Melanie Klein la contratransferencia era como la neurosis, un objeto de análisis, aunque posteriormente, los discípulos modificarían esto en la teoría postkleiniana. Fue Paula Heimann¹⁵⁰ quien puso a consideración su importancia en la posición del analista y empleó el término para referirse a todos los sentimientos que el analista experimenta hacia su paciente, pero que debe “*conservarlos* en él en lugar de descargarlos (como lo hace el paciente), con el fin de *subordinarlos* a la tarea analítica, en la cual funciona como reflejo especular del paciente”.

Heimann pensaba que el control de la contra-transferencia se refería al uso que el analista hacía de sus sentimientos en las sesiones y que, por lo general, no debían constituir un problema, pero que si perturbaban o eran intensos, debían procurar no intervenir con interpretaciones inadecuadas interfirieran en el análisis del paciente, hasta que comprendiera lo que le estaba ocurriendo. Es decir que, la consideraba como ayuda diagnóstica y aunque estaba en desacuerdo con Melanie Klein, si consideraba que el analista nunca debe hablar con el paciente de sus sentimientos contratransferenciales, ya que sería una confesión de problemas personales no resueltos en el analista y significarían una carga para el paciente que le alejaría de la situación analítica.

Consecuentemente, la práctica analítica de esta escuela colocó la personalidad del analista y su percepción por parte del paciente, como el centro de la relación analítica, descartó la concepción de la contratransferencia sólo como la parte neurótica del analista que obstaculiza la cura y afirmó que también contribuye al diagnóstico y a la dirección de la cura. Esta posición creó polémica en los psicoanalistas de esta escuela en la década de 1960, derivándose dos posturas principales: la postura del modelo intrapsíquico que considera la

¹⁵⁰ J. Coderch (1995) *Interpretación en psicoanálisis. Fundamentos y teoría de la técnica*, Herder, Barcelona, p. 285.

contratransferencia como un obstáculo a la labor analítica y la del modelo interaccional que considera la contratransferencia como un instrumento valioso para el diagnóstico.

A raíz de las fuertes oposiciones, surgió una posición intermedia que planteó un punto de vista interaccional del tratamiento, y que ejerció una profunda influencia en la comunidad psicoanalítica inglesa. Aportado inicialmente por Margaret Little, fue Heinrich Racker¹⁵¹ quien mencionó que la contratransferencia junto con la transferencia representan los componentes de una unidad¹⁵² que crean la relación interpersonal de la situación analítica. Considera que la realidad constante de la transferencia es respondida por la contratransferencia y viceversa: la transferencia lleva a una conducta real frente al analista y su labor, el cual responde con sentimientos, angustias y deseos igualmente reales.

Su opinión sobre la revelación de los sentimientos del analista al paciente tuvo seguidores, pero en su mayoría fue rechazada. La mayoría de los autores optaron por una solución intermedia, aceptaron que la contratransferencia puede llegar a ser un obstáculo, pero desarrollaron toda una serie de posibilidades en torno a ella que desemboca en una teoría que gira alrededor de la simetría y el nivel intersubjetivo en la relación analítica.

Otros autores que también desarrollaron la teoría de la contratransferencia fueron Gringberg, Winnicott, Bion, Sandler y Etchegoyen, dándole una importancia que para Freud y el psicoanálisis inicial no tenía. Con ello, la posición del analista sufrió una profunda transformación, dejó de ser el espejo freudiano en el cual tan sólo se reflejan los problemas del paciente y, por el contrario, el paciente pasó a ser el espejo del analista, el cual contempla en él su propio *self*. Actualmente, los analistas kleinianos de esta escuela consideran que ambos modelos son válidos, pero a condición de que se complementen, reuniéndolos en una concepción global, ya que cada uno de ellos por separado sufre puntos ciegos que lo hacen insuficiente. Es decir, el que la contratransferencia sea un instrumento o un obstáculo depende del análisis y la labor del analista con cada paciente.

En la clínica, enlazan la *contratransferencia* con el *encuadre* y la *alianza terapéutica*. El enlace de la transferencia con la contratransferencia lo describen

¹⁵¹ Cfr. Racker, H. (1986) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Barcelona, caps. V y VII.

¹⁵² *Ibid*, p. 95

como el espacio en el que la relación terapéutica adquiere significación, donde el encuadre forma el contexto que ordena la relación terapéutica y junto a la *alianza terapéutica* se inmiscuyen elementos de la realidad que competen a ambos y que hace *simétrica* la relación, como el establecimiento de un horario de trabajo, la duración de la sesión o el fijar los períodos de vacaciones, mientras que es *asimétrica* en el proceso, ya que el paciente es el que comunica sus vivencias al analista y éste responde sólo con lo que cree pertinente. Consideran que si desde el modelo intrapsíquico, en la escucha del analista interfieren sus reacciones contratransferenciales, es posible eliminarles mediante el autoanálisis posterior a fin de no afectar el proceso, y en cuyo caso, lo indicado es callar, recobrar el equilibrio, analizar internamente lo que sucede e interpretar lo que atañe al paciente¹⁵³.

La escuela inglesa de psicoanálisis y sus posteriores derivaciones mantienen una técnica más activa que la técnica clásica ya que el analista participa en una interacción con el paciente y la dimensión intersubjetiva cobra importancia. Considera importante la interpretación de la transferencia acentuando la dimensión de repetición, en la que la función del analista es un tanto de contención y de interpretación de eso que se repite en las sesiones, con lo cual se aleja de la posibilidad del surgimiento del amor de transferencia y su manejo para la emergencia de lo inconsciente. La dirección de la cura y la teoría sobre la terminación del análisis giran en torno a un mejor contacto con la realidad y a una independencia del analista, desprendimiento que puede ser indicativo de madurez, entendiendo por madurez el logro de los objetivos establecidos que tienden a una mejor adaptación del paciente y la eliminación de sus síntomas y, por el que hay que hacer un duelo.

Sobre la formación de los psicoanalistas consideran necesario el previo análisis del candidato analista para evitar que su contratransferencia sea un obstáculo para otros procesos. Con respecto de la supervisión de los nuevos practicantes hay dos tendencias dentro de esta escuela, una en la que el supervisor examina y discute la contratransferencia con el analista en formación, y otra que considera esto como una intrusión en la privacidad de la persona ya que esto corresponde a su análisis personal. En general, las consideraciones de

¹⁵³ Racker, H. (1986) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Barcelona, p.108.

la escuela inglesa difieren de las concepciones freudianas sobre la regla de la abstinencia ya que el criterio de cada analista en “la comprensión”¹⁵⁴ del proceso de cada paciente jugaría un peso mayor que el proceso de análisis de lo inconsciente, la pretensión del desarrollo de la personalidad y la identificación del paciente con el analista al final de la cura, que es considerado por Freud un acto de violencia, aunque tenga la mejor de las intenciones.¹⁵⁵

Escuela Americana

El psicoanálisis en Norteamérica comienza con la primera década del siglo XX – en 1909– con la llegada de Freud a Estados Unidos junto con Carl Jung y Ferenczi. Consciente del posible rechazo de la ciencia médica, resumió en cinco conferencias¹⁵⁶ los elementos básicos del psicoanálisis y lo innovador de sus procedimientos, ya que los primeros defensores y expositores de las nuevas teorías fueron médicos norteamericanos con preparación en medicina y neurología, cuyo principal interés por el psicoanálisis residía en sus posibilidades terapéuticas. Hacia 1911 A. Brill junto con Ernest Jones y Putnam, fundaron la New York Psychoanalytic Society,¹⁵⁷ conocida como la escuela de Nueva York, iniciada la visita de Freud y luego la American Psychoanalytic Association (APA), organización destinada a incluir a todas las personas de Estados Unidos y Canadá interesadas en el psicoanálisis.

Sin embargo, en esta inclusión comienzan a surgir diferencias en su interior con respecto a la admisión de legos en el ejercicio del psicoanálisis, ya que para los norteamericanos la psiquiatría era la disciplina matriz y ejercer el psicoanálisis implicaba ser médico previamente. Otro tipo de diferencias se da cuando el interés terapéutico del nuevo método aboga por un acortamiento del tratamiento psicoanalítico, luego con las posteriores elaboraciones teóricas de Freud que surgieron por ejemplo a raíz de la publicación “El yo y el Ello” en 1923 y que no fueron del todo aceptadas propiciando cambios en la técnica ejercida como psicoanálisis en ese país.

¹⁵⁴ Etchegoyen, A. (1996) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu, Buenos Aires, p.580.

¹⁵⁵ Freud, S. (1919) “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, Op.Cit, pp. 160-161.

¹⁵⁶ Cfr. Freud, S. (1915-1916) “Conferencias de Introducción al Psicoanálisis”, *Op. Cit.* Vol. XV

¹⁵⁷ Millet, J.A.P. (1968) “El psicoanálisis en Estados Unidos”, *Historia del Psicoanálisis*, Vol. VII, Paidós, Buenos Aires, pp. 78-83.

El ambiente norteamericano generado por las dos guerras mundiales marcó la cultura y la investigación científica de Estados Unidos, surgieron disensiones, nuevas asociaciones psicoanalíticas y nuevas corrientes que sustentaban diferencias teóricas y clínicas, donde el papel de la medicina y la psiquiatría ejercieron su mayor influencia.

El marco teórico del psicoanálisis se ve marcado por el reforzamiento de las funciones del yo y la consideración de la contratransferencia como herramienta para la posición del analista en tres modalidades representadas por tres escuelas distintas:

a) La escuela de Chicago, creada por Franz Alexander en 1932 quien fue creador de la psicoterapia breve por considerar el psicoanálisis como un proceso demasiado largo del que se pensaba que creaba dependencia del analista, su objetivo fue una terapéutica de la personalidad global del individuo, la conquista de la madurez y la autonomía del sujeto en orden a una adecuada adaptación social. Su enfoque se extendió por todo el país donde se crearon sociedades que estuvieron asociadas a la APA, creada igualmente con la “nueva perspectiva” de la psiquiatría dinámica¹⁵⁸.

b) La escuela culturalista surgió en la misma época y se integró por antropólogos como Ruth Benedict, Margaret Mead, Malinowsky y Gregory Bateson, cuyos aportes intentaron enriquecer la teoría psicoanalítica desde el punto de vista antropológico y social. Se les sumaron Karen Horney, Eric Fromm, Abraham Kardiner y Sullivan entre cuyas aportaciones tuvieron el interés de explicar las neurosis a través de los conflictos entre el individuo y el medio social. Pusieron en duda la etiología sexual de las neurosis para sustituirla por la necesidad de seguridad e hicieron del psicoanálisis una psicoterapia dotada de una misión social¹⁵⁹.

c) Y, la escuela de Nueva York, presidida en sus comienzos por Putnam y Jones que, en contacto con las enseñanzas de Ana Freud, hacen modificaciones a su tendencia original manteniendo un objetivo adaptacional y un acortamiento del tratamiento. Entre los seguidores estarán René Spitz, Eric Erikson, los

¹⁵⁸ Fages, J. B. (1976) *Historia del Psicoanálisis después de Freud*, Barcelona: Martínez Roca, p. 110s.

¹⁵⁹ *Ibidem*

antropólogos Ruth Benedict, Margaret Mead, Gregory Bateson, etc., así como con los creadores de la *Egopsychology*, Heinz Hartmann, E. Kris y R. Loewenstein.

En los años 50 y 60 el panorama americano estaba invadido por una gran variedad de terapias y por distintas versiones de teorías psicológicas con una amplia gama de modificaciones a la técnica clásica y a las bases de la teoría psicoanalítica que alcanzó su máximo apogeo en Estados Unidos y se reconoció el movimiento psicoanalítico norteamericano bajo el nombre de “Psicología del yo” debido a los aportes de Heinz Hartmann¹⁶⁰ sobre la integración de las fuerzas del yo y alejándose de las concepciones freudianas, por lo que, las tres décadas siguientes del desarrollo del psicoanálisis norteamericano estuvo marcado por la influencia de la medicina, la educación, la teología y las ciencias sociales al mismo tiempo que se abogó por la integración del psicoanálisis dentro del marco de la psicología general, modificando la posición del analista en el tratamiento desde la contratransferencia.

En este sentido, destaca la escuela de Chicago que aborda la transferencia y la contratransferencia como una interacción entre dos personalidades distintas, considera la posibilidad de hacerlas “correctivas”, rompiendo la neutralidad del analista para desarrollar una actitud indulgente y responder a las necesidades del paciente, desarrollar la empatía y la comprensión en el manejo de la situación terapéutica. Destaca Karl Menninger¹⁶¹ quien estudia la posición del analista desde la contratransferencia y, aunque no llega a considerarla un instrumento útil en la cura, no se opone a quienes le encuentran un uso respecto de la comprensión de los pacientes. Afirma que las reacciones contratransferenciales pueden ser conscientes y hace un listado de las manifestaciones más comunes que tienen que ver con conflictos no analizados del propio analista y que son un obstáculo para el proceso analítico del paciente. El rompimiento del encuadre terapéutico y la importancia que el analista da a su propia persona dentro y fuera de la sesión, señala la necesidad del análisis previo del analista, quien debe estar alerta a la existencia de la contratransferencia, reconocer tanto sus peligros como sus usos, analizarla en relación al auto conocimiento personal, ya que suele ser peligrosa cuando se olvida de ella.

¹⁶⁰ Ekstein R. y otros, *Historia del Psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1968, Vol. I, pp. 88-109.

¹⁶¹ Menninger, K. *Teoría de la técnica psicoanalítica*, Pax, México, 1960, pp. 127-135.

También destaca, Ralph R. Greenson quien elabora una especie de manual de técnica psicoanalítica que pasará a ser parte de la literatura clásica en la formación de la escuela de “psicoterapia psicoanalítica”.¹⁶² Con respecto a la contratransferencia, señala que es importante mostrar al paciente que el analista es humano, retoma cuestiones prácticas y plantea que los errores en la técnica pueden reconocerse ante el paciente para evitar su desconfianza, postura semejante a la de Margaret Little, en la escuela inglesa, pero considera necesario que el analista analice su contratransferencia, admita lo que en su reacción tiene que ver más consigo mismo que con el discurso del analizado.

En general, la escuela americana justifica la posición del analista desde la contratransferencia y señalan que ésta es parte del sistema de valores de cada analista, el cual influye en su conducta durante el análisis y en la dirección que dé a cada proceso, no la descartan como la fuente de posibles errores en su posición, pero afirman que el analista debe utilizar adecuadamente sus emociones para comprender a su paciente y conducir exitosamente el tratamiento y resaltan su utilidad como instrumento diagnóstico. La escuela americana se inscribe más bien en el campo de la psicoterapia que del psicoanálisis, debido al enfoque clínico desde lo consciente y lo inconsciente no es el eje de su tratamiento, considerando asimismo el concepto de la contratransferencia, el encuadre y a la relación terapéutica como instrumentos del terapeuta para trabajar el fortalecimiento del yo y encaminar la cura hacia la adaptación del paciente al entorno.

La diversidad de corrientes que conforman la escuela americana tiene en común un alejamiento significativo respecto al psicoanálisis ya que, añaden metas terapéuticas, técnicas pedagógicas y sugestivas que difieren de los métodos del psicoanálisis freudiano. Sostienen la adaptación como objetivo y una relación asimétrica que la relación analista-paciente donde el analista pasa a ser el modelo de normalidad supuestamente lograda, cuya integración del yo ofrecido al paciente para su identificación y curación mientras concuerde (aunque no se diga de manera explícita) con los objetivos y *deseos del analista sobre el paciente*. Por tanto, utilizan la contratransferencia como herramienta diagnóstica y para tratar algunas dificultades técnicas que los analistas encuentran en su práctica.

¹⁶² Greenson, R. R. (1976) *Técnica y práctica del psicoanálisis*, Siglo XXI, México.

Escuela Francesa

Los antecedentes del psicoanálisis en Francia están cimentados hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX. A partir de las neurosis histéricas estudiadas por Charcot y, aunque posteriormente sus enseñanzas son sepultadas por los psicoanalistas franceses, los surrealistas reivindican la herencia de la Salpêtrière y hacen de la histeria un acto poético”.¹⁶³ La primera fase de la introducción del psicoanálisis en Francia se desarrolla entre 1895 y 1914, antes de la Primera Guerra Mundial, época en la que las principales sociedades freudianas ya estaban constituidas en la mayoría de los países de Europa y en los Estados Unidos.

Con las influencias de pensamiento de la época, se constituye en Francia la *psicología clínica* basada en el automatismo, la subconsciencia, el asociacionismo o el déficit ligado a la heredo-degeneración, según el cual, la herencia constituye un factor importante en los trastornos psíquicos. Entre sus representantes estuvieron Théodule Ribot, Pierre Janet y Alfred Binet, fueron como Freud, alumnos de Charcot quienes siguen sendas diferentes y, aunque desarrollan teorías que sirven de filtro a la introducción del psicoanálisis en Francia, paradójicamente servirán de tamiz a su implantación.¹⁶⁴

La filosofía de Henri Bergson adquirió su importancia en la concepción del psiquismo a principios de siglo en este país, inició una forma de introspección paralela al psicoanálisis, la restauración de la metafísica y rechazó las formas de negatividad y decadencia expresadas por Nietzsche, Clausius y después Freud con la pulsión de muerte.¹⁶⁵ Aunque Freud y Bergson nunca se encontraron, el bergsonismo se convirtió en la filosofía dominante en Francia, a través de la cual se leyó la conceptualidad freudiana. Su correlato psicológico sería el desarrollado por Janet ya que ambos representan –dentro de la comprensión del psiquismo– la particularidad francesa del nuevo espíritu científico. Pierre Janet intentó separar la psicología de la filosofía, se opuso al dogmatismo, construyó un sistema para representar el psiquismo y originó una álgida polémica con Freud, que ambos se decían fundadores del psicoanálisis.

¹⁶³ E. Roudinesco (1988) *La batalla de los cien años. Historia del psicoanálisis en Francia*. Fundamentos, Madrid, tomo 2, p.22, 37-65.

¹⁶⁴ *Op., cit.*, pp.198 -212.

¹⁶⁵ E. Roudinesco (1988) *Op., cit.*, p.216.

Hacia 1913, disminuyeron los partidarios de Janet y la introducción del psicoanálisis en Francia es representada de manera oficial por Régis y Hesnard.¹⁶⁶ Se introdujo con dificultad debido al considerable desarrollo de la psicología que se vinculó más a la filosofía fundada en el primado de la conciencia, mostrándose poco permeable a la concepción del inconsciente y, aunque el espíritu médico que dominaba el conjunto de las ciencias humanas, se mantuvo fiel a la tradición psiquiátrica jerarquizada, autoritaria y dogmática, el psicoanálisis se introdujo más por el terreno dominante de la psiquiatría. De 1919 a 1945 se trabajó en la introducción y defensa del pensamiento psicoanalítico, se tradujeron los trabajos más importantes de Freud y el psicoanálisis encontró aceptación en ambientes artísticos, intelectuales y surrealistas, pero no en el ambiente médico. Posteriormente llegó a ser parámetro para la psiquiatría, la psicología, la filosofía y la literatura.

Entre los primeros psicoanalistas de Francia se encuentran Hesnard, René Laforgue, Edouard Pichon y Marie Bonaparte.¹⁶⁷ También Eugénie Sokolnicka, que se involucró en la formación de los primeros analistas franceses y participó en la fundación de la Sociedad Psicoanalítica de París (SPP)¹⁶⁸ en 1926 junto con los primeros psicoanalistas, a quienes luego se añade Jacques Lacan en 1934, como parte de la segunda generación de psicoanalistas y primer grupo psicoanalítico francés.

Las principales contradicciones del movimiento psicoanalítico francés durante los años 1926-1938, se dieron a raíz de la ortodoxia médica de la IPA y dentro de la SPP, tuvieron que ver con la técnica analítica y con la tradición médica como parte de la formación de los analistas. Las resistencias mutuas entre la psiquiatría y el psicoanálisis formaron tres tendencias: el *asimilacionismo*, que hacía depender el psicoanálisis de la medicina, separando la técnica de la doctrina (Dalbiez y Pichon); el *separatismo*, que condujo a un alejamiento del psicoanálisis de la psiquiatría sin dejar de mantener el ideal médico y psiquiátrico (M. Bonaparte y la IPA); la *confrontación*, que no mezclaba los territorios, incluso si para ello hubiera que dotar a la psiquiatría de un sistema teórico propio que

¹⁶⁶ *Ibid*, p.219.

¹⁶⁷ Fages, J. *Historia del Psicoanálisis después de Freud*, Martínez Roca: Barcelona, 1976, p. 221.

¹⁶⁸ E. Roudinesco (1988) *Op., cit.*, vol. I, p.317.

tuviera en cuenta el descubrimiento freudiano (Minkowski y Henry Ey). Sin embargo, esta introducción del Freudismo en Francia se agrupa posteriormente bajo la obra de Jacques Lacan, iniciada entre la primera y segunda generación de psicoanalistas y convocó a un retorno a Freud con respecto al psicoanálisis.¹⁶⁹

Por su lado, Jaques-Marie Emile Lacan (1901-1981), entra al camino del psicoanálisis por la psiquiatría y con el estudio de las psicosis se interesó por el estudio de la paranoia del que derivó su tesis doctoral desde el punto de vista psiquiátrico, fue publicada en 1932 y titulada: “De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad”. Se analizó con Rudolph Lowenstein, en 1934 se adhirió a la Sociedad Psicoanalítica de París (SPP) y para 1936 era ya médico de los hospitales psiquiátricos¹⁷⁰. Abogaba por la formación psicoanalítica de los no médicos, propuso una relectura de Freud que, enriquecida con aportes de la antropología, la lingüística, la filosofía y las matemáticas, tuvo su incidencia en modificaciones técnicas que se alejaban del psicoanálisis oficial y que se decían más fieles a las enseñanzas freudianas. Sale de la SPP debido a las acusaciones sobre desviaciones teóricas y técnicas de acuerdo a los criterios establecidos por la corriente psicoanalítica oficial establecida por la IPA, así como su desacuerdo respecto a la exclusividad de la formación psicoanalítica entre los médicos.

Funda la Sociedad Francesa de Psicoanálisis (SFP) y empieza a dictar sus Seminarios, convoca un retorno a la lectura de los textos de Freud para retomar las concepciones fundamentales del psicoanálisis sin perder de vista las implicaciones éticas y clínicas de su ejercicio. Critica la posición del analista desde la contratransferencia que para Lacan, desembocó en callejones sin salida por lo que promovió un replanteamiento de la problemática y una solución desde la brújula del deseo. Así, en la década de 1953 a 1963, los autores de ambas posturas fueron por un lado Sacha Natch y, por otro, Jaques Lacan como principal opositor a tal concepto y cuyas críticas a los aportes realizados hasta el momento derivaron en una convocatoria a un necesario retorno a los textos de Freud. Critica a su vez, la progresiva degradación tanto de la teoría como de la práctica psicoanalítica y la tendencia de las nuevas generaciones de analistas a reconducir el psicoanálisis al ámbito de la psicología general.

¹⁶⁹ *Ibid*, Vol I.

¹⁷⁰ E. Roudinesco, *Op., cit.*, vol II, p. 113s.

Este breve planteamiento histórico sobre el desarrollo del psicoanálisis gira en torno a la formación y posición del analista en su práctica debido a su importancia en la consideración de los conceptos que la rigen. La institucionalización del psicoanálisis, además de haber generado malestar y síntomas dentro de mismo movimiento psicoanalítico, también sirvió para hacer con ellos otra cosa, para dejar claro el recorrido que el analista en formación ha de recorrer antes de ocupar su función.

Este recorrido se estableció como un intento de preservar la ética inherente al psicoanálisis, como una práctica en donde el analista ha realizado previamente su propio recorrido subjetivo, ha sido capaz de enfrentar su castración y su deseo en la subjetivación de su propia historia a fin de no hacerla intervenir en el proceso de quienes acompaña en análisis. Por ello, puede considerarse que el nudo en la formación del analista es el enlace de estos tres elementos, análisis personal, la formación teórica y la supervisión de casos como tres elementos inseparables entre sí y sin los cuales la práctica analítica no se sostiene.

Si la transferencia está presente en todo tipo de relaciones, especialmente aquellas que tienen que ver con un saber constituido al que el sujeto acude buscando una solución para su malestar relacionado con los problemas de su existencia, el trabajo que deriva de la atención al dolor de existir y el compromiso de la subjetividad, requiere de un cuidado especialmente responsable en las personas que se dedican a ello. En este sentido el trabajo institucional muchas veces está organizado para aliviar el sufrimiento de quienes los padecen sin considerar el de los profesionales de la salud mental, como si fueran inmunes a él, se diera por sentado que no requieren de atención o que han superado todos los dolores que atienden.

Sabiendo que muchas de las problemáticas que atienden son de origen traumático, el cuidado se centra en el paciente pero no en el cuidador. De este modo, al abordar los síntomas derivados de la violencia sexual, no solo como malestares individuales sino como desenlaces sociales y considerar las diversas disciplinas que los atienden, es deseable proponer este mismo nudo formativo a quienes atienden este tipo de casos aún desde las instituciones.

3.2. De un necesario retorno

En la historia del psicoanálisis se abrieron nuevos caminos después de Freud, algunos fieles a sus enseñanzas y otros con desviaciones que generaron nuevas posiciones teóricas que difícilmente podían considerarse como parte del psicoanálisis mismo, fue lo que hizo que Lacan se planteara su verdadera naturaleza convocando una vuelta a su origen. Entre los cambios generados dentro del movimiento psicoanalítico estuvieron las concepciones de sujeto, inconsciente y transferencia, entre otros, que hicieron surgir la necesidad del retorno a Freud, ya que dichos cambios se apartaron del estudio del inconsciente y redujeron la práctica analítica a una relación dual en la que predominaba la reeducación emocional y el término del análisis en una identificación con el analista como modelo de adaptación y normalidad psíquicas.

Se comprende que las elaboraciones posteriores no surgen de modo automático, sino a raíz de una serie de fenómenos y circunstancias históricas que influyeron en su desarrollo, lo mismo sucedió con la evolución de la concepción de la contratransferencia, con sus respectivas consecuencias en la práctica clínica. Sin embargo, al interior de la escuela francesa y, la formación de diversas sociedades de psicoanálisis tomaron diversas posturas respecto de los aportes de Lacan a la obra freudiana.

a. Lacan y el retorno a Freud.

No se trata para nosotros de un retorno de lo reprimido, sino de apoyarnos en la antítesis que constituye la fase recorrida desde la muerte de Freud en el movimiento psicoanalítico, para demostrar lo que el psicoanálisis no es, y buscar con ustedes el medio de volver a poner en vigor lo que no ha dejado nunca de sostenerlo en su desviación misma, a saber el sentido primero que Freud preservaba en él por su sola presencia...”¹⁷¹

Entre los psicoanalistas franceses hasta antes de Lacan no había una posición declarada frente a la teoría de la contratransferencia elaborada por las otras escuelas ya mencionadas. Sin embargo, los antecedentes que se presentan dan contexto a la enseñanza de Lacan que desde su lectura de Freud, corroboró la

¹⁷¹ Lacan, J. “La cosa freudiana o sentido del retorno a Freud en psicoanálisis”, en *Escritos I*, Editorial Siglo XXI. México, 1978, p. 386.

contratransferencia como inoperante, promovió el estudio y el desarrollo de la teoría del deseo como eje fundamental del psicoanálisis, misma que definirá la posición del analista en la dirección de la cura. Señaló que la concepción teórica de cada analista influye enormemente sobre su práctica clínica y su posición en el trayecto analítico con su analizante,¹⁷² por lo que señaló la importancia de mantener la fidelidad a los conceptos psicoanalíticos de vital importancia, ya que la obsesión por la solidez del dispositivo analítico sintomatizada en la creación de Institutos sólidos, con reglas establecidas sobre la formación del analista y el dispositivo analítico reveló al interior del movimiento psicoanalítico un malestar que denunció como el peligro de desviarse de lo esencial en el psicoanálisis.

En 1953, Lacan asiste al Congreso de Roma y con su discurso sobre “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”, marca una ruptura doctrinaria con los criterios de la institución psicoanalítica oficial. Realiza una revisión del estadio del espejo, donde plantea la relación entre los registros de lo simbólico y lo imaginario en la constitución psíquica, conceptos elaborados entre 1953 y 1960 e inspirados en aportaciones iniciales de Ferenczi.¹⁷³

Para 1961, al interior de la SFP, sobresalen discusiones y opiniones respecto de la técnica lacaniana que principalmente introducía las sesiones de tiempo variable, aludiendo al tiempo lógico del inconsciente, no al cronológico corroborado por el reloj de cada analista, al análisis del discurso y sus procesos metafóricos y metonímicos, así como a la escansión que resalta los significantes del discurso del analizante, entre otros¹⁷⁴. Cambios realizados a partir del estudio de Freud y el origen lingüístico de las manifestaciones de lo inconsciente. Algunos aprobaron estos cambios en la técnica y otros la rechazaron, lo que ocasiona una nueva escisión en 1963, esta vez al interior de la Sociedad Francesa de Psicoanálisis (SFP).

¹⁷² Sujeto que está en análisis. Se elige el término “analizante” a partir de Lacan, en lugar de paciente o analizado, para poder enfatizar la acción propia de quien se analiza, en una posición constantemente activa en el descubrimiento de su propio deseo de saber, indica que el sujeto no se dirige al analista en actitud pasiva para «hacerse analizar». Es él quien tiene a su cargo la tarea de hablar, de asociar, de seguir la regla fundamental. Lo que no suprime en nada la responsabilidad particular del analista en la conducción de la cura. Cfr. Evans, D. (1997) *Diccionario introductorio al psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires, Paidós.

¹⁷³ Cfr. Ferenczi, S. *Obras Completas*. Madrid. RBA. 2006

¹⁷⁴ Lacan, J. (1971) *Escritos*. México: Siglo XXI

La escuela lacaniana toma fuerza, la filosofía francesa mantiene un debate con el psicoanálisis y no dejan de ejercer su influencia la antropología estructural de Levi-Strauss, el marxismo y la lingüística. Las elaboraciones teóricas de Lacan se vieron influenciadas por su maestro en psiquiatría Clearambault; el surrealismo, Salvador Dalí entre otros; la filosofía, entre otros autores Hegel, Heidegger y Alexandre Kojève; la antropología, especialmente Claude Levi-Strauss, así como por la lingüística, principalmente los lingüistas Ferdinand de Saussure y Roman Jakobson.¹⁷⁵

Si Freud tomo la responsabilidad[...] de mostrarnos que hay enfermedades que hablan y de hacernos entender la verdad de lo que dicen, parece que esta verdad, a medida que se nos presenta más claramente su relación con un momento de la historia y con una crisis de las instituciones, inspira un temor creciente a los practicantes que perpetúan su técnica.

Los vemos pues[...] refugiarse bajo el ala de un psicologismo que, cosificando al ser humano, llegaría a desaguizados al lado de los cuales los del cientificismo físico no serían sino bagatelas. Pues debido precisamente al poder de los resortes manifestados por el análisis, no será nada menos que un nuevo tipo de enajenación del hombre el que pasará a la realidad, tanto por el esfuerzo de una creencia colectiva como por la acción de selección de técnicas que tendrían todo el alcance formativo propio de los ritos: en suma un *homo psychologicus* cuyo peligro denuncio".¹⁷⁶

En su denuncia, Lacan reflexiona los alcances que han tenido los aportes del psicoanálisis en las ciencias del hombre, cuyos puntos de vista se han visto influenciados por éstos, y teme que en el psicoanálisis se provoque un movimiento inverso, tendiendo a dejar lo que le es esencial para virar hacia las modificaciones de lo que le es criticado por ellas.

Una escisión en 1963 en torno a la técnica psicoanalítica de Lacan, hace que éste promueva la fundación de la Escuela Freudiana de París (EFP) en 1964, con la que contribuyó a la formación de nuevos analistas a través de sus Seminarios que partieron desde una relectura de las obras de Freud y que se extendieron hasta su disolución por él mismo Lacan en 1980. El grupo que permaneció en la SFP, Lagache, Laplanche, Pontalis entre otros, cambiaron de

¹⁷⁵ E. Roudinesco, op., cit., pp. 111-153.

¹⁷⁶ J. Lacan, "Intervención sobre la transferencia", *Escritos I*, Editorial Siglo XXI. México, 1978: 206.

nombre por el de Asociación Psicoanalítica de Francia. Las diferencias entre ambos grupos se establecieron principalmente alrededor de la práctica del “control” de los futuros analistas.

b. Transferencia para Lacan a partir de Freud

[...] arrojar los sentimientos, colocados bajo el capítulo de su contratransferencia, [...] la que da testimonio para nosotros de una desgracia de la conciencia relativa de una dimisión a concebir la verdadera naturaleza de la transferencia.”¹⁷⁷

El énfasis en la relación médico-paciente en esta nueva disciplina es paradójal, analista y analizado sostienen el tratamiento en el fenómeno que emerge de esta relación, la transferencia, indispensable en la conducción del tratamiento, pero que al mismo tiempo presenta sus dificultades en su manejo y ante lo cual, surgen las teorías sobre la contratransferencia. Como hemos visto, su surgimiento, fue paralelo al desarrollo de la *ego psychology* de la postguerra y del fortalecimiento institucional de la IPA, se mantuvo como el camino más adecuado para tratar algunas dificultades que los analistas encontraban en el manejo de la transferencia y que intentaban resolver desde la contratransferencia, y llegaron a incidir en la formación de los analistas, problema que es aún controversial en la actualidad debido a las tendencias institucionales de estandarización de una formación para los analistas que responden a una insuficiencia de la teoría en este punto.

El cambio en la concepción de la transferencia y la contratransferencia respecto de la postura freudiana inicial fue una de las causas del rompimiento que dio origen a diversas corrientes del psicoanálisis. La necesidad de clarificar la posición del analista no solo remite a la revisión de la teoría freudiana sino al deseo que surge en el movimiento psicoanalítico de dar testimonio de la existencia del inconsciente y afirmarlo como un nuevo saber que remite a la verdad sobre la constitución del sujeto.

Los intentos de respuesta forman parte de los enredos hacia la posición del analista, donde la contratransferencia constituyó para Lacan un nudo sin desenlace posible considerando que la dimensión de la intersubjetividad es insostenible

¹⁷⁷ J. Lacan. “La dirección de la cura y los principios de su poder”, *Op.Cit.*

como motor de la cura y plantea una posición distinta, la del deseo del analista¹⁷⁸ que como función y posición hace posible el sostén de la transferencia, fenómeno que habrá que considerar desde su verdadera dimensión, la que fue planteada por Freud desde un principio, la dimensión del deseo.

La concepción de la transferencia como mera repetición del pasado del analizante permaneció vigente durante mucho tiempo entre los analistas. Lacan fue el primero en disociarla de la repetición de lo mismo, cuando fue expulsado de la IPA no concordaba con sus colegas sobre la interpretación de la transferencia como simple repetición de modelos amor-odio primarios, y por lo que Lacan retomó las concepciones freudianas iniciales, asoció la transferencia a la pulsión, cuestionó el concepto de contratransferencia y sus elaboraciones posteriores como si se tratara de una estandarización de los sentimientos, que no van más allá del aspecto humano del analista, que a veces también quiere tirar al paciente por la ventana.

Desde su seminario sobre “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”, expone la complejidad que supone la vinculación del inconsciente, la transferencia, la repetición y la pulsión que primero retoma por separado y que se entrelazan en los fenómenos de la clínica invitando al psicoanalista a mantener su posición. Deslinda conceptualmente los términos de transferencia y repetición, asocia la transferencia al amor y la repetición a la pulsión, planteando desde entonces la necesidad de separar la transferencia de la mera dimensión de la repetición que hasta entonces se venía concibiendo. Señala que la transferencia es condición para que en la situación analítica pueda emerger algo de la repetición pulsional, es decir, la repetición “bajo transferencia” deviene el elemento dinámico y necesario para la irrupción del material inconsciente, la transferencia pone en acto la realidad pulsional.

Fue necesario para Lacan, retomar la teoría de la transferencia en la concepción original elaborada por Freud, que la considera ante todo como un amor¹⁷⁹. En su seminario VIII “La transferencia”¹⁸⁰ retomó esta dimensión del amor que implica la relación del sujeto al saber inconsciente, amor que se dirige al analista, al que se le supone el saber, dimensión de encuentro que cobra

¹⁷⁸ Concepto que se retomará en el capítulo 4

¹⁷⁹ Cfr. Freud, S. (1914) “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”, *op., cit.*, Vol. XII.

¹⁸⁰ J. Lacan, “La Transferencia”, *El Seminario* 1960-1961. Libro VIII, Paidós, Buenos Aires, 2003.

importancia progresiva. Hace una articulación del amor como metáfora, que redimensionó el manejo de la transferencia desde Freud y sus seguidores.

Para retomar la noción psicoanalítica de la transferencia Lacan analizó la noción de repetición a la que siempre se la había ligado y que consistía en la reproducción de una rememoración actuada o repetición en relación a las figuras importantes del pasado del paciente que se reactualizan en la transferencia–, y orientó a diferenciar ambos términos en el plano conceptual. Afirmó que, aunque la repetición y la transferencia se presentan como inseparables en la experiencia del análisis, constituyen una nueva producción que no es sólo amor ni sólo repetición del pasado, sino algo actual, del orden de lo inédito por la situación del análisis mismo. Sin embargo, a esta conclusión llega mucho después del seminario sobre La transferencia que retomaremos primero en este trabajo.

Cuando Lacan replanteó la dimensión del amor de transferencia se auxilió del abordaje de *El Banquete*¹⁸¹ de Platón, para estudiar cómo se da este fenómeno en la transferencia presente en la relación psicoanalítica. Entre los discursos sobre el amor que constituyen la obra de Platón está el de Sócrates, pero Platón introduce antes otros cinco: Fedro, Pausinias, Erixímaco, Aristófanes y Agatón. El sexto discurso es el de Sócrates, discurso que éste no concluye por hacer hablar a Diótima, tornándose así en el discurso Sócrates-Diótima eje desde el cual se habían realizado todas las lecturas anteriores. Lacan en cambio toma el eje del discurso de Alcibíades acerca de su amor por Sócrates para ejemplificar el modelo del amor de transferencia, dimensión que enfatiza en la experiencia analítica y que implica la disyunción entre transferencia y repetición. En el amor de Alcibíades por Sócrates no hay repetición, es un amor actual en el que las funciones del amante (*erastés* en griego) y del amado (*eromenós*) producen una nueva significación del amor.

También destacó algunos elementos del amor del discurso de Fedro,¹⁸² afirmando que en el amor hay un juego de imágenes que son de orden narcisista: se ama porque se desea ser amado y la mirada del amado es sólo el espejo donde el amante se mira a sí mismo. Sin embargo, en el discurso de Sócrates encontró un pasaje, de la palabra al amor a la palabra que designa el deseo, lo

¹⁸¹ Platón, “El Banquete”, *Diálogos*, Porrúa, México, 1996.

¹⁸² J. Lacan, “La transferencia”, *El Seminario* 1960-1961. Libro VIII, Paidós, Buenos Aires, 2003: 47-61.

que hace la diferencia en la metáfora del amor que propuso, palabras en cuya oscilación están en juego, tanto el papel del que ama (*erastés*) como el del que es amado (*eromenós*). El que ama-desea, el que desea carece de algo que no tiene y por eso lo desea. Por el contrario, el amado (*eromenós*) es el que tiene el objeto que el que ama desea. Lacan enfatiza más la relación del sujeto con su objeto en el amor, que con otro sujeto y, a este lazo del amor que se da en la dimensión del tener-no tener, añade también la dimensión del saber, “¿qué hay en él para que sea la persona amada?” Ni el amante *sabe* qué le falta ni qué *tiene* la persona amada para serlo, como tampoco el amado sabe qué es lo que tiene que el otro busca.

Cuando Alcibíades confiesa públicamente su amor por Sócrates y hace un elogio de él, alude a ese objeto que Platón denomina *agalma*, “eso” que no se sabe qué es y que causa el deseo del que ama y no lo tiene, y que para Alcibíades, está en el interior de Sócrates. En la lógica del amor se produce un cambio en el que la imagen de lo bello no es ya lo más importante sino ese “algo” que se ama en el otro que, aunque no deje de tener su dimensión imaginaria –ya que el que ama idealiza al amado y este amor no es precisamente desexualizante, pero es de otro orden, el del valor del objeto que se ha perdido y que se cree reencontrado en el ser amado.

Parece entonces que de lo que se trata es del valor que está del lado del objeto, no del sujeto, un objeto como causa del deseo, que hace un corte en el deslizamiento metonímico del sujeto y le rescata de su desvanecimiento y miseria estructural. Y así, en la dimensión del amor entre los dos sujetos, Alcibíades al amar a Sócrates se ubica como el amante (*erastés*) que busca el objeto (*agalma*) en el ser amado (*eromenós*), busca ser amado por él, recuperar su ser mediante un signo del deseo de Sócrates, que éste le ame, ser también su *eromenós*, es decir, Alcibíades busca saber el lugar que tiene en el deseo de Sócrates.

Del lugar que tiene en el deseo del Otro, el sujeto sólo tiene la pregunta y la falta de una respuesta. Sócrates no responde, no se constituye ni en el *eromenós* ni en el *erastés* de Alcibíades, se considera sin eso que Alcibíades dice que tiene, no cree tener ese *agalma* y por tanto, al no encontrarse sujeto a la seducción del amor, se queda tranquilo ante esa investidura, tan tranquilo que a Alcibíades podía parecerle indiferente, en el límite de lo inhumano. Lacan ve en

ello, más que indiferencia, la tranquilidad planteada por Freud ante el amor de transferencia y que transmite como enseñanza a los primeros analistas que había que aprender a manejar. Al decir que no sabe nada sobre el amor sino sobre el deseo, Sócrates pone en juego esa dimensión del saber que resalta sobre el tener algo que otro desea. Esta dimensión del saber es el secreto de su *agalma*, sabe que no lo contiene para otro, sabe sobre su vacío que lo coloca en posición de deseante. La posición de Sócrates es negarse como objeto de amor e interpretar el deseo de Alcibíades para encaminarlo a su verdadero destinatario –Agatón– haciendo posteriormente de él todo un elogio del objeto de su deseo.

Lacan analiza esta triangulación como modelo para el lugar del analista, cuya interpretación apunta al objeto del deseo y cuya posición deviene un vacío que puede albergar al puro deseo como deseo del Otro. “[...]las coordenadas que el analista debe alcanzar para simplemente ocupar el lugar que le corresponde, definido como aquel que le debe ofrecer, vacante al deseo del paciente para que se realice como deseo del Otro”.¹⁸³ Llegar a ocupar el lugar de vacío para el deseo del sujeto que se analiza requiere para el analista, saber algo sobre su propio vacío, haberse avanzado lo suficiente en su análisis, que ante su carencia lo coloque como deseante, a fin de pasar a ocupar ese lugar que albergue en la transferencia, el deseo que emerge del sujeto que se analiza. El cambio de posición de *eromenós* a *erastés* es lo que constituye la realización de la metáfora del amor (y metáfora del deseo también) en la que, del sujeto amado emerge un sujeto deseante, metáfora que plantea en este seminario y que más adelante cuestionará para dar lugar a la dimensión real de la posición del analista como objeto causa.

Lo que esconde el amor de transferencia es que sustituye ese objeto perdido para siempre: la madre, el objeto primordial en ese nuevo amor. Aunque el acceso al deseo supone la renuncia de su amor a ese objeto primero constituido por la madre, no significa que excluya al amor, sino que lo permite en la medida del azar y la contingencia del encuentro, encuentro que se traduce en una metáfora de la búsqueda del objeto donde puede realizarse una vez más el amor. Lacan, al seguir la intuición de Melanie Klein al designar al analista-objeto, lo que implica de entrada una “disparidad subjetiva” cimentada en una disimetría

¹⁸³ J. Lacan, “La Transferencia”, *Op., cit.*, p. 125.

radical entre analista y analizante frente al deseo: el analista se presta a la transferencia y el analizado descubre su deseo a través de la decepción del amor de transferencia, lo que requiere de un proceso previamente andado por el analista. Con esta evidente disimetría, Lacan ratificó que la contratransferencia se sostenía en la ilusión de la intersubjetividad y la simetría entre *partenaires* y, posicionarse manifestaba la resistencia del analista frente a la emergencia del sujeto del inconsciente.

Los aportes de Lacan a la concepción de la transferencia, los va despejando paulatinamente en su enseñanza y puede ser abordada desde cinco ángulos —el sujeto supuesto saber, el amor de transferencia, el deseo del psicoanalista, el final de la cura y, transferencia e interpretación—, los cuales pueden ser organizados en dos ejes esenciales: el primero es que el punto de partida de la transferencia se resume en conectar al sujeto con el saber que se sostiene en el significante y, el segundo, la invención lacaniana del *objet a* que ofrece al analista la posibilidad de tratar la vertiente de resistencia de la transferencia.

Desde el ángulo del Sujeto Supuesto Saber, plantea que el saber no está del lado del analista, ni siquiera del lado del analizado, emerge de la transferencia, misma que se establece cuando el sujeto que acude supone un saber en el analista, quien hace semblante para causar el discurso del sujeto. Lo aborda para aclarar la disimetría entre analista y analizante, debido a que éste le supone al analista un saber sobre su síntoma y la posición de tener respuesta frente a su sufrimiento. Pero el analista no ocupa el lugar del médico que sabe, del pedagogo que enseña o del psicólogo que orienta al enfermo en su vida, sino que ocupa el lugar de la pregunta, del hueco donde el saber emerge, del vacío donde se anida el deseo de quien consulta.

Critica que la posición del analista desde la contratransferencia, supone una simetría en la relación analítica donde prevalece la comprensión, la necesidad de reconocimiento y la identificación con el otro que correspondía para el analista a la tentación de creerse ese Sujeto Supuesto Saber, descentrando el saber del inconsciente del sujeto que se analiza y colocándolo en el analista mismo, lo que —en términos de Freud— constituían un síntoma con el que el

analista debía arreglárselas,¹⁸⁴ razón por la que tuvo que ubicarse más allá de esa dimensión imaginaria en la que se asienta, para pasar a otro registro, un registro simbólico donde la palabra del sujeto cobra importancia en su discurso y devela su posición frente al Otro que se encarna en el analista y al que se dirige la cadena significativa del analizado. Solo atravesando estos registros el analista puede ubicarse posteriormente en una dimensión real –donde se hace evidente un vacío que provoca el deseo del sujeto– y se coloca como objeto que falta y que causa su deseo.

El encuentro que tuvo Freud con el amor de transferencia le hizo descubrir su dimensión de resistencia, vicisitud que el analista debía saber manejar ya que es lo que impide al sujeto lanzar su pregunta sobre el saber inconsciente. El amor de transferencia interrumpe la asociación libre por el pensamiento sobre el analista, provoca el cierre del inconsciente y se opone al retorno automático de los significantes reprimidos. El mundo del analizante se despliega en su discurso, en el que se traduce –a través de la asociación libre– la lógica de su fantasma como intentos de respuesta sobre el deseo del Otro, y como pistas en la búsqueda del propio deseo. Desde la vertiente del significante, el sujeto en análisis conoce de sí mismo lo que nunca quiso saber y se ve atrapado por los significantes que determinan su discurso y el despliegue de sus síntomas.

Aquí es donde la experiencia de la transferencia va de la mano con la repetición sin ser lo mismo, lo que Lacan señala es que la transferencia también se disocia de la repetición cuando se considera la dimensión actual del amor que conlleva. La posición del analista como sujeto supuesto saber se sostiene en el inicio la transferencia donde la dimensión de repetición de lo mismo comandado por el analista que pasa al lugar del Otro representado por todos los interlocutores del pasado del sujeto a los que ha dirigido su demanda de manera continua, solo continúa la cadena de identificaciones y demandas repetidas para las que el sujeto ha vivido. Esta repetición automática y metonimia significativa introduce la importancia de lo simbólico que hace necesaria su interpretación ya que su solo despliegue no entrega todo el material de lo inconsciente, por lo que se ve reforzado sólo cuando el analizante admite la significación de lo

¹⁸⁴ Cfr. Freud, S. (1912) “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, *Op. Cit.* Vol. XII: 112

inconsciente¹⁸⁵ generado en la interpretación. Ver la transferencia solo como repetición tiene por consecuencia una cura que no termina, por lo que se hace necesaria la consideración actualizante del amor donde el sujeto se constituya a partir de su deseo.

Con su demanda el sujeto entra en la dimensión del saber sobre su deseo, pero se rehúsa a saber por qué, rehúsa saber sobre su causa, que no es del orden del significante, sino del objeto, vertientes en las que se mueve el sujeto en la transferencia y que se mantienen en tensión durante el proceso hasta el momento en que convergen al final de la cura. Las resistencias que en la transferencia se dan como cierre del inconsciente surgen como obstáculo a la asociación libre, con silencios, retención de material adherencia al síntoma, reacción terapéutica negativa, así como la declaración de amor, que no es otro que el amor de transferencia. Si éste se presenta como obstáculo es en la medida en que suple al deseo y al saber sobre lo que lo causa. Lo que se repite es el señuelo del deseo, lo que produce esta repetición es lo que causa el deseo inconsciente.

Es verdad que por la transferencia, el sujeto toma contacto con su objeto y que esa relación fantasmática es la que hace de hilo conductor en su vida. El amor de transferencia encubre lo que se pone en juego en esa relación, el objeto del cual no se habla, permanece silencioso y escondido en el mismo amor y mientras no salga a la luz, no hay develamiento del amor de transferencia mismo que puede hacer que se prolongue indefinidamente un análisis. El trabajo de transferencia consiste en poner en evidencia algo de eso de lo que no se habla, puesto que allí está la verdad íntima de cada sujeto, su modo particular de relacionarse con el goce¹⁸⁶ y sus ataduras que obstaculizan el deseo; no se pretende ir tras el sentido, ni afianzar el velo que oculta las relaciones del sujeto con su objeto, la labor del analista es producir un simulacro adecuado que da

¹⁸⁵ Cfr. S. Sigmund Freud (1925) "La negación" en *Op. Cit.* Tomo XIX

¹⁸⁶ El concepto de goce en psicoanálisis está relacionado con lo propuesto por Freud en "Más allá del principio del placer", y es introducido por Lacan para indicar que el goce concierne al deseo, y más precisamente al deseo inconsciente constituido por nuestra relación con las palabras. Esta noción desborda ampliamente toda consideración sobre el placer y los afectos, para plantear la cuestión de una relación con el objeto que pasa por los significantes inconscientes. Cfr. Evans, *Op.Cit.* Se abordará más ampliamente en el capítulo 4. Enlaces, nudos e hilvanes, y en las Consideraciones sobre el dolor, en el capítulo 6 del presente trabajo.

valor a ese objeto, rodear “eso” de lo que no se quiere hablar porque oculta un vacío que el sujeto no ha querido tocar y que ha cubierto muy bien con un objeto.

En la primera pregunta dirigida al Otro sobre su saber, se desencadenan significantes en su discurso cuyos enigmas lo mantienen en la búsqueda de un saber que cree más allá de él mismo, en el lugar del Otro a quien vuelve a dirigirse la siguiente pregunta sobre su querer. Ésta lo remitirá al amor de transferencia no sólo como repetición, sino como nueva producción que conduce al analizante a trasladar sobre el analista lo que rechaza saber, es decir, si desea saber si el objeto de su deseo es el adecuado, no quiere saber por qué el objeto que desea nunca es el adecuado, colocando en el analista esa posición de contener el *agalma* del que Lacan habla en el seminario sobre “La transferencia” a propósito de El Banquete de Platón, y que en este seminario sólo esboza lo que concebirá como el *objeto a* al que alude en el seminario sobre La angustia y que será retomado en la teoría del deseo de Lacan.

A diferencia de los post-freudianos, Lacan señala que el analista no responde ni con comprensión ni con amor, responde con deseo, con neutralidad frente a los conflictos actuales del paciente, sin transparentar ninguna opinión ni ejercer ninguna¹⁸⁷. Y sabiendo que el deseo es inconsciente y cuyos alcances y manifestaciones son muchas veces incomprensibles, se requiere de un develamiento progresivo de las coordinadas fantasmáticas que se manifestarán en la cadena significativa del discurso del analizante, mismas que se escuchan por parte del analista si toma en cuenta la vertiente del objeto de la transferencia y acude a la interpretación como un momento de escansión que permite al sujeto ese pasaje de una a otra de las dos vertientes de la transferencia: de la vertiente del sujeto supuesto saber –que conduce al sujeto a la verdad sobre su síntoma–, y la vertiente del objeto –*agalma*– que causa su deseo.

El estudio de Lacan sobre la transferencia en Freud vista como un amor con el cual el analista debe saber lidiar y replantea su posición, revela esa doble cara, la que puede resultar la pieza principal en el despliegue del inconsciente en el análisis y la de la resistencia que puede cerrarlo. De ahí que considere la

¹⁸⁷ Lacan habla de la comprensión en “La dirección de la cura y los principios de su poder”, *op., cit.*, p.595. Más tarde retoma el mismo tema respecto del lugar del analista en el seminario sobre “La transferencia”, *op.,cit.*, p. 223.

posición del analista desde la contratransferencia como una resistencia al despliegue del amor transferencial que le dirige el sujeto que se analiza, reforzando los mecanismos del yo que evitan la emergencia del inconsciente.

c. La crítica de Lacan a la contratransferencia

Todo que no debe sorprender que Freud haya entrado por esa puerta en lo que, en realidad, eran las relaciones del deseo con el lenguaje, y que haya descubierto los mecanismos del inconsciente.

J. Lacan, "Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis".

El psicoanálisis visto desde Freud confirma que el Yo no es el centro del sujeto, sino que está estructurado por el mundo simbólico, que los síntomas son un lenguaje, cuyo sentido es descifrable en su discurso como un deseo de saber y deja entrever su verdad surgida desde el inconsciente. Y a partir de ahí, Lacan con el recurso de la lingüística intenta volver al sentido de las concepciones de freudianas utilizando las consideraciones sobre el significante y el significado, la metáfora y la metonimia para dar cuenta del modo en que se articula el deseo siempre oculto en la palabra, llegando a la afirmación sobre "el inconsciente estructurado como un lenguaje"¹⁸⁸, en el cual, el sujeto no es más que su efecto y no al revés. Afirma que sólo a través de la cadena significante que se articula en el discurso del sujeto se puede dar cuenta de ello, que muchos de los atolladeros en los que se estancan quienes se dan a la tarea de profundizar en lo inconsciente residen en las dificultades de prescindir de la función significante.¹⁸⁹

Al destacar la dimensión simbólica en el proceso analítico, Lacan utiliza el término de intersubjetividad solo para dar valor al hecho de que un sujeto se dirige a otro mediante la palabra, pero lo cuestiona cuando este término es utilizado sólo en su dimensión imaginaria, es decir, cuando se le asocia con nociones de reciprocidad y simetría que caracterizan la relación dual de la dimensión imaginaria y desde ésta se ubica la posición del analista, confundiendo

¹⁸⁸ Cfr. J. Lacan, "La significación del falo", *Op., cit.* p.665s.

¹⁸⁹ J. Lacan, "Observación sobre el informe de Daniel Lagache: Psicoanálisis y estructura de la personalidad", en *Escritos 2*, Editorial Siglo XXI. México, 1978, p. 638.

su quehacer con intervenciones orientadas a la adaptación y olvidando la dimensión simbólica que la palabra implica, pues al resaltar la dimensión simbólica destaca la importancia del lugar del Otro, tesoro de los significantes, como el lugar donde se constituye el sujeto y al hablar del “*psicoanálisis como experiencia dialéctica*”¹⁹⁰ resalta la palabra verdadera que el sujeto dirige no solo a otro sino al Otro y que necesariamente tiene que ver con la emergencia de lo inconsciente en el ámbito de la transferencia.

Esto va a marcar desde el inicio, las diferencias fundamentales en la concepción del psicoanálisis y en la dirección de la cura, ya que, en la revisión que Lacan hace a ciertos conceptos fundamentales como el sujeto, el inconsciente y la transferencia enfatiza la necesidad de volver a su verdadero sentido ya que de esto depende la posición del analista en su clínica.

De este modo, critica la impropiedad conceptual ¹⁹¹ de la contra-transferencia, se opone abiertamente a las escuelas post-freudianas que fundamentan la concepción del sujeto en la fortaleza del yo y su adaptación al medio ambiente y que conducen la cura en función de la identificación con el yo o el Superyó del analista. En su primer seminario sobre “Los Escritos Técnicos de Freud” Lacan abordó la problemática sobre la técnica psicoanalítica y cuestionó los desarrollos teóricos acerca del yo y su función en el psicoanálisis. Señaló que el yo no es la medida de la verdad en cada sujeto, sino que está estructurado como un síntoma, es decir, como una formación de compromiso entre las exigencias pulsionales y la realidad misma en la que el sujeto se desenvuelve. De este modo cuestiona también el yo del analista en el análisis, diciendo:

[...] he aquí lo grave... —nos permitimos las cosas sin saberlo, tal como el análisis lo ha revelado— hacer intervenir nuestro ego en el análisis. Puesto que se sostiene que se trata de obtener una re-adaptación del paciente a lo real, sería preciso saber si es el ego del analista el que da la medida de lo real. [...] Sin embargo, cierto modo de concebir la función del ego en el análisis no deja de tener relación con cierta práctica del análisis que podemos calificar de nefasta.

¹⁹⁰ J. Lacan, “Intervención sobre la transferencia”, *Op., cit.* p. 205

¹⁹¹ J. Lacan, “La dirección de la cura y los principios de su poder”, *Op. Cit., p.* 565.

[...] a saber que la contratransferencia no es sino la función del ego del analista, lo que denominaba la suma de los prejuicios del analista.¹⁹²

Para fundamentar sus críticas¹⁹³, Lacan retoma el estudio de la teoría del Yo en Freud, como el lugar del narcisismo, de las identificaciones, de la represión y de las resistencias y sus consecuencias en la técnica analítica,¹⁹⁴ analiza cómo las relaciones de *alter ego* a *ego* conducen a las trampas que la intersubjetividad tiende en la dimensión imaginaria, juego de imágenes, de percepciones e intenciones que se desvanecen en una sucesión de experiencias instantáneas que no capturan al sujeto del inconsciente. Por tanto, confirmó la acción del Yo como función de desconocimiento y señaló que el sujeto que habla en análisis está más allá del ego, más allá del yo y su imagen, misma que estructurará todos los objetos de su mundo. Si el yo es fuente de desconocimiento, lejos de ser el motor del análisis, ha de tratarse como a un síntoma para acceder a la verdad del sujeto mismo, rodeando así, todo lo que en el discurso del paciente revela algo del orden imaginario. Con esto no quiere decir que la dimensión imaginaria no tenga importancia en el análisis pues:

A fin de cuentas, gran parte de la experiencia analítica no es más que esto: la exploración de los callejones sin salida de la experiencia imaginaria, de sus prolongaciones que no son innumerables, pues descansan en la estructura misma del cuerpo en tanto que ella define como tal, una topografía concreta. En la historia del sujeto, o más bien en su desarrollo, aparecen ciertos momentos fecundos, temporalizados, en los que se revelan los diferentes estilos de frustración. Son los huecos, las fallas, las hiancias aparecidas en el desarrollo las que definen estos momentos fecundos.¹⁹⁵

Es decir que, si el discurso del paciente está impregnado de esta interrelación entre lo imaginario y lo simbólico es para tramitar por éste último, lo que es del

¹⁹² J. Lacan, "Los escritos técnicos de Freud. 1953-1954", *El Seminario*. Libro I, Paidós, Buenos Aires, 1981, pp. 34 y 43.

¹⁹³ Lacan realiza muchas de estas advertencias en "La cosa freudiana o sentido del retorno a Freud en psicoanálisis", "La dirección de la cura y los principios de su poder", "Intervención sobre la transferencia" y "Observación sobre el informe de Daniel Lagache: "Psicoanálisis y estructura de la personalidad", textos que produjo en la década de 1950 en la cual los desarrollos de las escuelas post-freudianas de psicoanálisis se encontraban desarrollando su teoría sobre la contratransferencia.

¹⁹⁴ J. Lacan. *Ibid*, y "El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica", *El Seminario* 1954-1955, Libro II, Paidós, Buenos Aires, 1997.

¹⁹⁵ J. Lacan, "Escritos técnicos de Freud", *Op. Cit.*, clase del 9 de junio de 1954, p. 324.

orden de lo real, aunque para ello haya que hacer rodeos por lo imaginario. Por tanto, la posición del analista debe tomar en cuenta esos tres registros en el trabajo de la transferencia a fin de captar su verdadera naturaleza.

También cuestionó a la escuela inglesa, principalmente aludiendo a que los juegos se producen dentro de la dimensión simbólica de las acciones humanas, las reglas que se dictan para su ejercicio se encaminan no a lo que está ahí, sino a lo que aún no se produce, a lo que puede o no puede suceder en su transcurso, esa dimensión de presencia-ausencia de la que está impregnado el discurso del sujeto en análisis y que va más allá del “aquí y ahora”, por lo que Lacan confirma la concepción inglesa del sujeto en la dimensión imaginaria:

[...] la relación intersubjetiva que se desarrolla en lo imaginario está implicada implícitamente, al mismo tiempo, en tanto estructura una acción humana, en una regla de juego... Lo que cuenta no es que el otro vea dónde estoy, sino que vea a dónde me dirijo: es decir, muy precisamente, que vea dónde no estoy. En todos análisis de la relación intersubjetiva, lo esencial no es lo que está ahí, lo visto. Lo que es la estructura, es lo que no está ahí.¹⁹⁶

Y, si ese otro que ve a dónde se dirige el sujeto es, presumiblemente el analista, ya lo coloca dentro de un orden simbólico que revela que ni el tiempo presente, ni el cronológico rigen lo inconsciente, y cuya lógica hace emerger a un sujeto distinto del de las intenciones conscientes que rigen el plano imaginario en este tipo de relación. Así, en la insistencia de los ingleses en la intersubjetividad en la relación analítica, Lacan reconoció un retorno de lo reprimido cuya molestia y malestar floreció en todas las teorías de la contratransferencia. Los sentimientos que ponen como indicadores en el manejo transferencial, no son negados por Lacan como si no debieran existir, sino que han de ser dominados –es a esto a lo que Freud se refería con la *abstinencia* al “exigirle que la discierna dentro de sí (la contratransferencia) y la domine”¹⁹⁷– y no utilizados como motor de la cura. Por ello analiza los aportes y testimonios de los analistas de las escuelas post-freudianas y concluye que:

¹⁹⁶ J. Lacan, *Op.cit.*, clase del 9 de junio de 1954, pág. 326.

¹⁹⁷ Freud, S. “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica” (1910), *Obras Completas*, Amorrortu, Tomo XI, Buenos Aires, 1995, pág. 136.

Recurrir a la proyección ilusoria de cualquier relación fundamental sobre el compañero analítico, o aún hacer intervenir la relación de objeto, la relación entre transferencia y contratransferencia, todo lo cual permanece dentro de los límites de una *two bodies' psychology*, es inadecuado. Nos lo demuestran, no sólo las deducciones teóricas, sino los testimonios concretos de los autores que he citado.¹⁹⁸

Señaló también que centrar la dirección de la cura en la red imaginaria impide el acceso al campo de lo simbólico, a la verdad manifiesta a través de la palabra, hace que escamotee la responsabilidad en la producción de la verdad inconsciente y se limite al plano de la adaptación del sujeto que conlleva un grado de alienación en los esquemas sociales.

Para Lacan la contratransferencia solo revela la función del ego de analista, lo que conlleva poner en el eje de las identificaciones del sujeto el yo del analista que es igual de sintomático que el del paciente. La posición que se le exige en razón de su propio análisis y formación analítica, implica que su yo debió haber atravesado sus fantasmas, barreras e inhibiciones en los que se soporta, hecho que lo coloca en una posición asimétrica con respecto al analizante y, razón por la que se le pide refrenar la intervención de su yo, descubrir lo que en él puede obstaculizar el proceso analítico, guardarse de proporcionar sustitutos a las necesidades del paciente y trabajar con esas fuerzas pulsionales, lo que modifica necesariamente la dirección de la cura y el papel del analista en el proceso.

Señala que el analista debe hacer a un lado su “yo”, haber reconocido y atravesado su fantasma para que no obstaculice el proceso analítico; dando a entender que la alianza terapéutica que se establece en la situación analítica, no se trata —como afirman las escuelas anglosajona y americana— de establecerla desde el yo del analista a la parte sana del yo del analizante, porque ambos son un síntoma de la represión, que por el contrario, la aceptación de la relación analítica implica el acuerdo de parte del analista de dejar a un lado su yo, atenerse a la *regla de la atención flotante* y a la actitud de la *abstinencia* y, de parte del analizante, hacer también a un lado su yo ateniéndose a la *regla de la asociación libre*. Por su parte, el analista debe abstenerse de no ratificar al yo en el lugar del espejismo en que habita.

¹⁹⁸ J. Lacan, *Op.cit.*, clase del 30 de junio de 1954, p.379.

Neutralizar el yo como parte de la función del analista no significa anularlo, empresa imposible, sino reconocer en su propio yo lo que puede trabar el proceso analítico. Así, el encuentro del paciente con su propio discurso está marcado por una verdad que busca expresarse y por un yo que es resistencia a ese pasaje de la verdad al enunciado, lo que haría de él un sujeto de enunciación, que va más allá de la dimensión sintomática del yo y su realidad. De este modo para Lacan, hablar de la contratransferencia es hablar de la transferencia del analista y ésta no es otra cosa que su resistencia, porque es él, más que el paciente, el que puede o debiera estar en condiciones de refrenar la intervención de su yo y, “hacerse el muerto cadaverizando su posición”,¹⁹⁹ principalmente a través del silencio que desconoce el despliegue del yo para dejar emerger en las fallas de su discurso al sujeto deseante, así el analista se constituye en receptor de los significantes del deseo inconsciente que ha de reconocer en el discurso del otro.

Lacan confirma que hay algo para el sujeto que siempre busca y siempre se le escapa, algo que está más allá de lo que puede querer de manera inmediata. Eso que de lo que carece formará el deseo que lo constituye como sujeto y que emite constancia de un vacío que siempre intentará llenar con algo. De ahí la relación del sujeto con los objetos de su deseo. Por ello, se adentra también en eso que Melanie Klein sabía respecto de la relación del sujeto con sus objetos, pero da un giro, al intuir en la relación analítica esa posición del analista-objeto que permite al sujeto dirigirse a un Otro, ir tras su deseo, develar sus fuerzas pulsionales y acudir tras su verdad. Dicha posición revela la ambigüedad entre las relaciones naturales y simbólicas, ambigüedad en la que para Lacan reside la relación analítica.

Aunque sus críticas no fueron del todo comprendidas por los psicoanalistas tuvieron un alto costo para Lacan ya que dieron pie a su expulsión de la IPA y del psicoanálisis considerado como “oficial”. Sin embargo no dejó de resaltar la necesidad de replantear la posición del analista dando la debida importancia al orden simbólico desde el que emerge el sujeto del inconsciente al que se escucha. Procuró transmitir a los analistas la necesidad de privilegiar nuevamente la función de la palabra, afirmando con Freud que lo importante no es la reeducación

¹⁹⁹ Lacan, J. “La cosa freudiana o sentido del retorno a Freud en psicoanálisis”, en *Escritos I*, Editorial Siglo XXI. México, 1978, p.173

emocional del analizante, sino el acompañamiento en el descubrimiento de su carencia e incompletud, razón del deseo inconsciente que lo habita y que lo conecta con la verdad de la radical inaccesibilidad al objeto del deseo.

Frente a la *neutralidad*, de la que hablaba Freud como indispensable de mantener en la situación analítica y la cual se ha difundido a través de su metáfora del espejo, Lacan prefiere utilizar otra metáfora a fin de no confundir la posición del analista en la dimensión imaginaria. Utiliza la metáfora del muerto tomada del juego del bridge y con la que tiende a marcar la posición del analista como la que hace aparecer el saber que el analizante desconoce de sí mismo.

[...] tal es el nexo, digamos la abnegación que impone al analista la prenda de la partida en el análisis [...] Lo que es seguro es que los sentimientos sólo tienen un lugar posible en este juego, el del muerto; y que si se lo reanima, el juego se prosigue sin que se sepa quién lo conduce.²⁰⁰

La neutralidad del analista es entonces la neutralidad ante los enunciados del sujeto en análisis, de manera que pueda constituirse en sujeto de enunciación que revele su deseo inconsciente en el proceso analítico. Le quita la esperanza de una intervención sugestiva, salvadora de su yo, en la medida en que sería expresión del deseo del analista de suplantar un yo por el otro.²⁰¹

Sin embargo, la posición del analista siempre se ve interpelada por las demandas concretas de cambio por parte del paciente, debido al sufrimiento que conlleva en su cotidianidad. La concepción de la cura bajo la dimensión de *cambio* se vio influenciada por la situación de la post guerra que, entre otros factores favorecieron la emergencia de la amplia diversidad de psicoterapias. El anhelo de cambiar implícito en la demanda procede de una relación imaginaria que el consultante guarda consigo mismo y con lo que le rodea, misma que responde a otro pedido, el de una cultura que le exige adaptarse a las exigencias exteriores, a los esquemas sociales que lo enajenan en un mundo de cambios constantes, y que lo hacen desconocer su deseo inconsciente que, sin poder expresarse de otra manera que con la voz del síntoma²⁰².

²⁰⁰ J. Lacan, *op. cit.* p. 221.

²⁰¹ N. Braunstein, *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis*, Siglo XXI, México, 1992, p.195

²⁰² *Ibid* p: 220.

Es decir, la dirección de la cura en psicoanálisis no está encaminada a provocar cambios directos en el paciente, éstos se darán por añadidura a lo largo del develamiento progresivo de la posición del sujeto frente a lo que le sucede. El verdadero cambio que propone el psicoanálisis es subversivo, tiende a la transformación del sujeto en el lugar de la verdad, liberándolo, en lo posible, del cúmulo de identificaciones imaginarias que lo alienan en el discurso social. Desde Lacan, el psicoanálisis ha de mantenerse fiel a sus principios diferenciando las dimensiones imaginaria y simbólica del sujeto inserto en el mundo y atendiendo sobre todo, la dimensión de lo real que se enlaza en lo pulsional y que va más allá de la realidad misma.

“El descubrimiento de Freud pone en tela de juicio la verdad, y no hay nadie a quien la verdad no le incumba personalmente... está inscrita en el corazón mismo de la práctica analítica, ya que ésta vuelve a ser constantemente el descubrimiento del poder de la verdad en nosotros y hasta en nuestra carne”.²⁰³

Para Lacan, la clínica del retorno a Freud es una clínica de lo real que se despliega en la transferencia presentada con una nueva agudeza, en la que lo importante no es comprender al paciente, reeducarlo emocionalmente, interpretar y vencer las resistencias a lo inconsciente, interpretar la transferencia, ni siquiera desear un cambio en el paciente con un yo adaptado al medio social o identificado con el del analista, sino un trayecto subjetivo que no sólo pretende hacer consciente lo inconsciente según las prerrogativas de Freud, sino acompañar los vagabundeos del sujeto por el bordeamiento de lo real y las ataduras de su goce, hacia el reconocimiento de la verdad sobre su deseo.

El trabajo del analista se centra entonces en el análisis del discurso del paciente, en el que primero se despliega la dimensión imaginaria diciendo todo lo que cree saber sobre sí, discurso en el que racionaliza, deniega, manifiesta su sentir, habla de sus síntomas, y al adentrarse en la dimensión simbólica repite en transferencia fragmentos de su historia que cree ignorar, cuenta sueños, se equivoca en su decir, revelando un discurso donde se manifiestan también sus fallas, donde se disuelven los espejismos del yo y donde se encuentran las resistencias que impiden el acceso a su saber inconsciente, fallas del discurso

²⁰³ J. Lacan, “La cosa freudiana o sentido del retorno a Freud en psicoanálisis”, *Op. Cit.*, p.388.

que el analista puntúa, interpreta para dejar que se manifieste el sujeto de la enunciación.

Desde el momento en que el paciente se pregunta por la razón de sus equívocos, por el significado de sus sueños, por el sentido de los síntomas que desea eliminar, y se cuestiona sobre su posible implicación en ellos, se halla implícita una demanda de análisis en busca de su sentido y es en su propio discurso donde puede encontrarlo, en las huellas dejadas por el pasado que narra, en los significantes que marcaron su existencia desde antes de que llegara él al mundo a decir “yo” y que simboliza en el presente permitiendo la restitución del sentido de su historia.

Lacan expresa en su advertencia de volver a Freud, volver al corazón del psicoanálisis mismo pues, si en el sujeto hay un saber que está más allá de los alcances del yo, es porque hay una verdad que se manifiesta constantemente en las fracturas del lenguaje, verdad que lo impulsa hacia su deseo. Así pues, su propuesta gira alrededor de la teoría del deseo, de donde fundamenta la posición del analista y la conducción de la cura, teoría que guió los descubrimientos freudianos, pero que en las vicisitudes de las prácticas clínicas posteriores, se contrapone a las propuestas realizadas por las escuelas post-freudianas del psicoanálisis.

Abordar la posición del analista le implicó a Lacan volver a leer a Freud y proponer su relectura a los analistas, le implicó la revisión del desarrollo conceptual de la transferencia en la cura y sus posiciones frente a ella, lo que hizo el fundamento de su crítica a las posiciones post freudianas en torno a la contratransferencia como el lugar y la posición del analista en el proceso analítico. Al retomar el valor del discurso en el que se despliega el saber inconsciente, Lacan desarrolla los tres registros –imaginario, simbólico y real– que no son otra cosa que registros discursivos donde este saber se pone en juego. Estudia la contratransferencia que, desde Freud siempre fue una resistencia en contra de la transferencia del paciente y la enmarca en el registro imaginario en el que, sin dejar de colarse el inconsciente, se juegan primordialmente los aspectos conscientes del síntoma y su saber sobre ellos, es decir, la búsqueda de un saber racional que los explique y, en el que, lejos de instalarse ahí, el analista debe atravesar para acceder al saber inconsciente que los sustenta.

El oficio del analista, si se puede llamar así, revela un proceso y una posición, así como el uso de herramientas tanto prácticas como conceptuales que, como en todo oficio debe saber emplear, y en este caso, saber tejer con el discurso implica conocer las herramientas necesarias para ello. El proceso de construcción del psicoanálisis tuvo que desarrollarse como una práctica que generara una teoría, una teoría que se dejara cuestionar por la práctica y la renovara.

En este sentido, las herramientas conceptuales del psicoanálisis también se fueron desarrollando a lo largo de su historia y recorrido. Las técnicas utilizadas en sus orígenes revelan las influencias recibidas desde el campo médico y filosófico, “esto supone, pues, un enfoque genealógico de los modelos y de los referentes epistémicos de los cuales el saber freudiano toma su terminología y su conceptualización.”²⁰⁴

A continuación se desplegarán en un lenguaje sencillo y para resaltar la importancia de su utilización, algunas de las coordenadas teóricas que funcionan como fundamento del psicoanálisis. En nuestra metáfora del oficio de tejedor, estas coordenadas constituyen un telar, cuyas herramientas fundamentales resultan ser los conceptos que se enlazan a modo de nudos borromeos para la comprensión de los casos que se trabajarán en la tercera parte. Estos enlaces conceptuales utilizados por el psicoanalista, fundamentan su método, su posición y su escucha.

²⁰⁴ Assoun, Paul-Laurent. (2001) “Introducción a la epistemología freudiana”. México. Siglo XXI, editores, p.14

CAPÍTULO 4: SOBRE LAS HERRAMIENTAS

4.1. El telar de la metapsicología

A lo largo de la construcción de la teoría psicoanalítica Freud intentó formular una plataforma teórica bastante concisa que inició en la correspondencia con el doctor Wilhelm Fliess, cuya amistad fue el fundamento de su auto análisis y el inicio de descubrimiento de la transferencia, que cobrará máxima importancia en el tratamiento psicoanalítico. A él le plantea el uso de la palabra “metapsicología” para realizar una tentativa epistemológica que fuera más allá de la conciencia estudiada por las psicologías clásicas. Pero hasta 1915, en su texto sobre *Lo Inconsciente* fue que planteó la metapsicología como la estructura bajo la que abordaría el trabajo sobre su objeto de estudio: “Propongo hablar de representación metapsicológica cuando logramos descubrir un proceso psíquico desde los puntos de vista dinámico, tópico y económico”.²⁰⁵

En momentos clave de sus posteriores desarrollos teóricos, como en *Pulsiones y destinos de pulsión*²⁰⁶ refirió los dispositivos originales de su saber a los modelos epistémicos de su tiempo. En su caso, por su formación filosófica y médica, los referentes provinieron de estas disciplinas que le proporcionaron los modelos explicativos²⁰⁷ y le auxiliaron en el estudio de los fenómenos psíquicos para el nombramiento de lo propio del inconsciente y le dieron las herramientas para su trabajo teórico y conceptual elaborado a partir de su práctica clínica.

En su explicación metapsicológica, se auxilió de la anatomía, de la física y de la química para explicar el funcionamiento psíquico. Desde el punto de vista tópico, pasó de la dimensión anatómica del cuerpo humano a la dimensión tópica de la psiqué para explicar los sistemas que componen el aparato psíquico. Desde el punto de vista dinámico se auxilió de la química para encontrar lo que produce

²⁰⁵ S. Freud, (1915) *Lo Inconsciente*, *Op.Cit.* Vol. XIV, p. 178

²⁰⁶ Cfr. S. Freud. (1915) *Pulsiones y de destinos de pulsión*, *Op.Cit.* Vol. XIV cap. 3.

²⁰⁷ Assoun, Paul-Laurent. (2001) *Introducción a la epistemología freudiana*. México. Siglo XXI.

los fenómenos psíquicos descubiertos y el conflicto resultante entre la composición de fuerzas de origen pulsional que desembocan en el origen de los síntomas y en la fragmentación del sujeto. Y desde el punto de vista económico se auxilió de los modelos de la física para explicar el componente energético proveniente de las fuerzas pulsionales, mismas que contienen cantidades de energía o libido cuantificable que es susceptible de aumento, disminución o equivalencias. Con el enlace de estos tres registros o puntos de vista de su metapsicología, explicó el dinamismo psíquico y elaboró las hipótesis que le llevaron a la elaboración de la teoría de las pulsiones, con la que dio cuenta de la etiología de las neurosis y sus síntomas.

A pesar de su vocación filosófica, la relación de Freud con la filosofía en el desarrollo de su teoría psicoanalítica no dejó de ser un tanto ambivalente, sus referencias a ella aparecían de manera imprevisible, de un modo inesperado, como un lejano antecedente, así, el neologismo de “metapsicología” fue creado en analogía a la “metafísica” para nombrar el modelo para su naciente disciplina que sitúa más allá de los límites de la neurología y la psicología, desde los puntos de vista mencionados. El objeto de su interés siempre fue el inconsciente y afirmó que el ‘conciencialismo’²⁰⁸ de la filosofía es lo que constituye el obstáculo para la ciencia psicoanalítica y que es también la causa de la oposición entre filosofía y el psicoanálisis. Sin embargo, “*Freud introduce cada una de las tesis principales del psicoanálisis y representa una legitimación por la anticipación filosófica*”²⁰⁹, es decir, reconoce a la filosofía como base a lo que antecede a sus descubrimientos sobre el trabajo del inconsciente.

Los desarrollos teóricos que se han realizado desde la psicología después de Freud a través de las distintas disciplinas, han procurado mantenerse en el ámbito de la cientificidad positivista centrándose en el origen físico de los síntomas como la etiología que subyace en los fenómenos patológicos. Así, la medicina y la psiquiatría que apuntan a las causas biológicas de las enfermedades que atienden, buscan una causa y un tratamiento desde la neurología, y a todo este conjunto de sistematizaciones dan el nombre de psicopatología.

²⁰⁸ Assoun, Paul-Laurent. (1982) Freud: la filosofía y los filósofos. Barcelona: Paidós, p. 27.

²⁰⁹ *Ibid*, p. 143

Por tanto, la psicología que sigue los mismos parámetros y dirige su estudio a los aspectos conscientes del individuo y sus comportamientos, elabora las diversas sistematizaciones descriptivas sobre los síntomas y sus clasificaciones vinculados al saber establecido por la medicina, y desde ellos despliega sus tratamientos auxiliándose de la neurociencia y del apoyo médico en la farmacología cuando es necesario.

Al dejar de lado la determinación psíquica del origen de los síntomas, el psicoanálisis ha hecho patente la necesidad de un tratamiento diferente, no desde la mirada que los clasifica, sino desde la escucha del conflicto inconsciente que los provoca. Este conflicto inconsciente escapa a la explicación biológica y a la voluntad derivada de la dimensión consciente del ser humano, encuentra su expresión y aparece desplazado como nudos en el cuerpo resultantes del dinamismo psíquico. A partir de la escucha, intenta explicar los síntomas en una elaboración propia sobre la psicopatología y los ubica para trabajar el sentido, el sinsentido y la posibilidad del sujeto de hacer algo nuevo con ellos.

Esta perspectiva cuestiona la posibilidad de someter el saber analítico a una investigación que defina sus condiciones de posibilidad, sus principios, sus métodos y sus orígenes como lo hacen otros campos epistemológicos y, aun cuando Freud nunca dejó de enmarcar su saber en el ámbito científico descubrió que en la razón –cualidad bastante elaborada de la conciencia– siempre oculta algo, algo resiste y revela la posibilidad de otra verdad que la subyace, el inconsciente, objeto del psicoanálisis.

Es desde esta perspectiva que se seleccionarán algunos principios teóricos enraizados en las elaboraciones de Freud que ayudarán en la comprensión de los casos presentados. El presente trabajo no pretende realizar todo el despliegue epistemológico y metapsicológico que fundamenta la práctica psicoanalítica ni un compendio teórico que reúna toda la teoría freudiana, sino resaltar los principios y temas que fundamentan la reflexión sobre la posición del analista en la escucha y en especial en el despliegue de las problemáticas a las que se enfrenta en los casos clínicos que acompaña, que en el presente trabajo se aboca a los casos de violencia sexual.

Partiendo de la teoría freudiana como su fuente, las elaboraciones de Lacan cuestionarán “qué ser humano estudian las ciencias humanas” y con el auxilio de otras disciplinas como la sociología y la lingüística resaltarán la concepción de sujeto –que solo existe en las entrelíneas de los textos freudianos– y la dimensión socio-cultural de los síntomas que forman parte de la clínica de lo social: “Esta dedicación a una investigación que dilucida las formaciones sociales incluso la emergencia de la historia y las formaciones del inconsciente subjetivamente presentadas en la forma de una queja individual sintomática es la muestra de una epistemología de perfectas credenciales freudianas”.²¹⁰

Con los tres puntos de vista o tres registros de la metapsicología –tópico, dinámico y económico–, Freud menciona las dimensiones constitutivas de su objeto de estudio, el inconsciente, cuyas manifestaciones constituyen los hilos, el material con el que se trabaja en el telar psicoanalítico, y con cuyos instrumentos teóricos puede entretenerse el saber que emerge, siempre enlazado e interrogado con el que se obtiene en cada caso.

A partir de este estudio es Lacan quien da un estatus de concepto fundamental a la noción de sujeto en el corpus teórico del psicoanálisis y cuestiona el lugar de la razón y las garantías del saber que proporciona la ciencia que no estudia al ser humano, sino lo que es capaz de construir con sus conceptos, ya que no hay argumentación filosófica ni metafísica capaz de demostrar la objetividad de la naturaleza íntima de lo humano sin adscribirse en ella y sin exigir previamente la razón de su verdad. Parafraseando a Lacan, la razón de ser de esa ciencia, se funda en no querer saber que la única verdad es que no hay una verdad sobre el saber.

El sujeto de psicoanálisis es muy distinto del abordado por las psicologías, Freud ya lo anunció entre líneas, no como un ser unitario dotado de conciencia, voluntad y razón, sino como escindido por aquello que su propio saber le oculta y que se manifiesta en sus olvidos, equivocaciones, fallas y mentiras características de lo humano que la ciencia desecha, dividido por aquello que no sabe de sí mismo, por el enmascaramiento de sus deseos que lo sujetan, que van más allá

²¹⁰ Zafiropoulos, M. (2006) Lacan y Levi-Strauss o el retorno a Freud (1951-1957). Buenos Aires: Manantial, p. 22

de su voluntad y su conciencia, y que lo mantienen sujetado, aunque no sumiso, a lo inconsciente que lo constituye en sujeto de deseo.

Desde aquí, el sujeto para Lacan es el sujeto del que la ciencia no alcanza a decir nada pues ¿cómo podría fundar al ser humano en tanto ser racional, si la irracionalidad es parte de su premisa?, “no hay ciencia de hombre, porque el hombre de la ciencia no existe, sino únicamente su sujeto”²¹¹.

Por tanto, el sujeto del psicoanálisis no es una entidad exterior al discurso que da cuenta de él, sino su efecto. Es el escenario de la transferencia lo que permite el desdoblamiento de la pulsión y sus manifestaciones cargadas de un saber distinto sobre los síntomas. Los hilos de la palabra se tejen en la asociación libre –método clínico del psicoanálisis– y presentan una variedad tal, que produce equívocos y enredos, tejido que se llena de nudos y rasgaduras producidos por los contenidos pesados y ligeros del discurso que muestra realidades y mentiras, vacíos, fantasías y silencios, que van más allá del sentido imaginario y que después desembocarán en el sinsentido. Palabras que dan cuenta del sujeto escindido, que hablan de vacío existencial, de lazos de amor y sus vicisitudes, de verdades plenas nacidas del dolor que hacen posible bordear al angustia provocada por el malestar y el conflicto hecho síntoma. El hilo discursivo devela las combinaciones que, enlazadas con las intervenciones del analista, provoca nuevos anudamientos de los síntomas que le permitan hacer lazos con el Otro y con los otros donde el deseo pueda asomarse.

Este despliegue que originó un saber de otra naturaleza, no cimentado en la mirada, en las observaciones clínicas propias de la medicina, de la psiquiatría y la neuróloga para el tratamiento de los síntomas, tuvo sus inicios con Freud quien se aventuró a pasar de la mirada a la escucha, a dejar salir el sentido de los síntomas en la palabra hasta agotarse en el sinsentido que provoca el deseo.

a. En el origen: trauma, seducción y fantasía.

Para dar cuenta del sujeto del inconsciente es necesario volver a las iniciales elaboraciones teóricas de Freud sobre el origen de las enfermedades nerviosas donde la aparición de los primeros síntomas que las definían daba cuenta de otro

²¹¹ Lacan, J. (1966) “La ciencia y la verdad” en *Escritos 2*, México: Siglo XXI Editores (1998) p. 838

saber. Estas elaboraciones fueron sucesivas, en cada una de ellas intentaba explicar el origen de las neurosis que provocaban los síntomas. Las pacientes histéricas que accedían a los métodos terapéuticos de Freud, revelaban en su decir, recuerdos traumáticos de la infancia.

Entre 1890 y 1893 Freud elaboró su primera hipótesis sobre la etiología de las neurosis y sostuvo que el origen de los síntomas neuróticos estaba en las experiencias traumáticas sufridas en la infancia, sostuvo la Teoría del Trauma hasta 1897, pero fue a partir de 1895 que afirmó la naturaleza sexual dichos eventos traumáticos. Consideró que el trauma se producía en dos tiempos separados entre sí, el primero era el momento de los hechos traumáticos pero no lo que resultaban sino hasta la pubertad, segundo momento en el que, según explicó, las escenas toman una significación sexual y son desalojadas de la conciencia, sepultadas por los mecanismos de la represión y posteriormente en la edad adulta, podía desencadenar los síntomas tanto de la neurosis histérica como de la neurosis obsesiva.

Las elaboraciones teóricas de Freud, iban de la mano de la evolución de sus métodos, el método utilizado entonces en la elaboración psíquica de las experiencias traumáticas era la abreacción, que consistía en hacer retroceder en el recuerdo desde la edad adulta, hasta la época de la infancia en que habían ocurrido estas experiencias, la elaboración de recuerdo sobre el trauma y su relato, solía disminuir la intensidad de los síntomas, descubriendo así el poder curativo de la palabra en la posibilidad de hablar sobre aquello que en la sociedad de la época era prohibido, la sexualidad.

En esos relatos, las pacientes le contaban a Freud escenas de seducción por parte de personas adultas, generalmente con algún lazo de parentesco, bien podría ser el padre, el tío, el hermano o el primo, lo que hace que Freud añada a la teoría del trauma, la *teoría de la seducción* hacia 1893 y mantenidas ambas entre 1895 y 1897²¹², atribuía al trauma, originado por el recuerdo de escenas reales de seducción, un papel determinante en la etiología de las psiconeurosis. El método psicoanalítico empleado en el tratamiento había ido evolucionando²¹³ a la par, estos relatos habían sido obtenidos por hipnosis en un inicio, luego Freud

²¹² Cfr. Laplanche, J.; Pontalis, J.B. (2007) Diccionario de Psicoanálisis, *seducción*, p. 394

²¹³ Cfr. Perrés, J. (1998) *Proceso de constitución del método psicoanalítico*, UAM: México

pasó a utilizar la abreacción, la catarsis y la sugestión para que las pacientes pudieran recordar los eventos y hablar de ellos.

Pero Freud se resistía a creer que todos los síntomas neuróticos tuvieran que ver con escenas traumáticas y todas ellas provocadas por escenas de seducción, por lo que se vio inducido a dudar de la veracidad de dichas escenas y a abandonar la teoría correspondiente. En la carta a Fliess del 21 de septiembre de 1897, explica los motivos de este abandono y le dice “Y enseguida quiero confiarte el gran secreto que poco a poco se me fue trasluciendo en las últimas semanas. Ya no creo más en mi *neurótica*”²¹⁴.

A Freud le parecía poco probable que en todos los casos el padre pudiera ser acusado de perverso y descubre que las escenas de seducción pueden ser en ocasiones, producto de fantasías que evolucionaban como reconstrucciones fantasmáticas cuyo descubrimiento estaba enlazado al progresivo revelamiento de la sexualidad infantil. Cuando su método evolucionó en la asociación libre, estaba descubriendo el espacio del mundo interno y la importancia del papel de la fantasía en sus pacientes neuróticos. Con estas consideraciones, elaboró hacia 1897 la *teoría de la fantasía*, explicando que los pensamientos y deseos con contenidos sexuales eran reprimidos, dejando como remanente fantasías narradas como hechos reales. Este descubrimiento, a su vez, dio origen a sus investigaciones sobre la sexualidad infantil y abrió el horizonte para visualizar la importancia del mundo del deseo.

A pesar de cortes epistemológicos en sus investigaciones, Freud nunca desecha por completo sus primeras elaboraciones teóricas y busca siempre detrás de la fantasía los hechos que pudieran fundarla en la realidad, es decir que la escena de seducción, debía forzosamente basarse en algo que fuese más real que las imaginaciones del sujeto, como ser testigo de la relación entre los padres y sus manifestaciones de cariño, deseo que preexiste y configura el deseo del sujeto y le da una forma.

En este sentido, la seducción real y la fantasía de seducción, no sólo pasaban a ser la actualización de un hecho pasado, ubicable en la historia del sujeto, sino que su frecuencia y repetición constante en sus narraciones, la

²¹⁴ Freud, S. Fragmentos de la correspondencia con Fliess, carta 69, *Op. Cit.* Vol. I, p. 301

aportaban como un dato estructural, cuya elaboración histórica sólo podría realizarse bajo la forma de un mito. Este enlace teórico –trauma, seducción y fantasía– se constituirán en distintos momentos de la elaboración teórica de Freud, que aunque pudiera considerarse superada contribuye a posteriores investigaciones, entre las que resaltan los aportes de Ferenczi y Lacan.

Por su parte, Sandor Ferenczi, médico húngaro, conoce a Freud en 1908 y traba amistad con él, pertenece a la primera generación de psicoanalistas que se formaron directamente con Freud, con quien su íntima amistad le hace realizar reflexiones y aportes sobre la transferencia y la contratransferencia en el tratamiento analítico. Pareciera que fue él quien realizó el primer retorno a Freud al volver a considerar la importancia de las teorías del trauma y de la seducción en 1932, cuando en su estudio sobre trastornos mentales se enfoca cada vez más en la hipótesis sobre las experiencias traumáticas como un factor que los desencadenan. Al retomar la teoría traumática de las neurosis consideró la posibilidad objetiva de los relatos de muchos pacientes que sí parecían haber pasado por experiencias de seducciones reales y no fantaseadas. Y, considerando ambas posibilidades de realidad y de fantasía, desarrolló aportes sobre la importancia de la seducción en las experiencias edípicas infantiles y el trauma que podían conllevar los abusos sexuales en la infancia.

Producto de esta investigación fue su último artículo publicado en el mismo año²¹⁵, donde Ferenczi menciona que la infancia puede estar atrapada en un doble lenguaje: el lenguaje de la pasión de la sexualidad adulta que irrumpía en el lenguaje de la ternura del mundo infantil, creando una confusión que llamó “confusión de lenguas” en la que hace evidente la relación del trauma con el lenguaje. Consideró que las seducciones incestuosas eran más comunes de lo que se creía, y que en esos eventos se confundía el lenguaje tierno del niño con los deseos de personas sexualmente adultas, confusión que revelaba su dimensión violenta, pues la situación de indefensión en el niño provocaba identificaciones perjudiciales.

En esta obra, Ferenczi desarrolló los conceptos de “identificación con el agresor” e “introyección del sentimiento de culpabilidad” del adulto, como

²¹⁵ Cfr. Ferenczi, S., (1933) Confusión de lenguas entre los adultos y el niño: El lenguaje de la ternura y de la pasión. Obras Completas. Espasa Calpe: Madrid, 1984.

nociones que permitieron comprender la división interna del niño que, ante el hecho traumático experimenta la mezcla de inocencia y culpa, escisión psíquica en la que se identifica con el agresor y complace sus deseos poniendo en juego su propio sentido de la realidad, ya que lo vive en un estado similar al del sueño, en el que el niño duda que la seducción haya ocurrido realmente. En este proceso Ferenczi enfatizó la importancia de las reacciones maternas, es decir, que la desaprobación de la madre de lo que había podido pasar, era lo que daba al trauma su verdadero sentido y provocaba un efecto patógeno.

De este modo, su teoría sobre la relación entre trauma y lenguaje fue un antecedente para trabajos posteriores de Lacan que reconoce en su Discurso de Roma²¹⁶ los aportes de Ferenczi sobre la dimensión de la violencia en el lenguaje y su papel en el acceso a lo simbólico a través del primer Otro del niño que es su madre, así como en la consideración del trauma en el registro de lo Real que elaborará posteriormente como algo de difícil acceso al registro de lo simbólico.

b. Metapsicología y estructura psíquica

Los primeros estudios sobre la etiología de las neurosis condujeron a Freud a ir más allá de la medicina en la localización anatómica de los síntomas y más allá de la psicología en la localización consciente de los mismos, pasa primero de un punto de vista anatómico a un punto de vista tópico: “Nuestra tópica psíquica, provisionalmente, nada tiene que ver con la anatomía; se refiere a regiones del aparato psíquico, donde quiera que estén situadas dentro del cuerpo, y no a localidades anatómicas”²¹⁷, en su inquietud científica, al fijar este estatuto metapsicológico como “provisional” deja abiertas las posibilidades de elaboración y de relación con su doble anatómico.

Ya desde el “Proyecto de psicología para neurólogos”²¹⁸, Freud se esforzó en definir el aparato psíquico procurando comprender su existencia, su actividad y las diferenciaciones internas que fueran más allá de la noción del individuo centrado en la razón para avanzar hacia la singularidad de lo subjetivo a partir del

²¹⁶ Lacan, J. (1966) “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis” en *Escritos 1*. México: Siglo XXI Editores

²¹⁷ Ferrés, J. (1998) *Op. Cit.*, p. 170

²¹⁸ Cfr. S. Freud (1895) Proyecto de psicología para neurólogos. *Obras Completas*, Vol. I. Buenos Aires, Amorrortu, 1995

descubrimiento del inconsciente. En 1900 en su obra *La interpretación de los sueños* dio cuenta de la *primera tópica* que elaboró a raíz del estudio de los sueños como la vía regia para el conocimiento de lo inconsciente. La teoría sobre el aparato psíquico, Freud la desarrolló en dos etapas, la primera le llevó veinte años, de 1900 a 1920, en la que planteó –a modo de una teoría estática– la descripción de los lugares psíquicos desde una perspectiva más espacial.

Los sistemas consciente, preconsciente e inconsciente fueron planteados como tres espacios psíquicos. El *sistema consciente* se rige por el principio de realidad, está formado por representaciones que provienen de las percepciones originadas por el contacto con la realidad y su elaboración, abarca entre otras funciones del pensamiento, las funciones del juicio, la motivación, la percepción, y el raciocinio, procesos secundarios que permiten la elaboración reflexiva de la experiencia de la realidad, “...es la percepción del placer y displacer lo que influye sobre la circulación de las investiduras en el interior del aparato psíquico” ²¹⁹.

Sin embargo, la percepción también se da en el nivel del *sistema preconsciente* que se constituye a partir de pensamientos, fantasías, recuerdos, etc., que se registran sin estar en la conciencia de modo constante y que pueden hacerse presentes en cualquier momento. Se rige bajo las leyes de la lógica del proceso secundario, funciona como censura y como pantalla entre lo Inconsciente y la Conciencia. El *sistema inconsciente*²²⁰ en cambio, se rige por el principio del placer y los procesos primarios que le subyacen, ya que sus contenidos están constituidos por representaciones pulsionales en forma de fantasías, ideas y deseos que han sido olvidados y que son de difícil acceso a la conciencia por los efectos de la represión y la censura. En este sistema no hay negación, relación espacio-temporal, matizaciones dubitativas ni contradicción alguna, pero la censura es la barrera defensiva para su retorno, por lo que sus contenidos emergen de manera deformada.

Esta primera tópica le permitió a Freud descubrir que los síntomas se presentaban como expresión deformada o formación de compromiso derivada del conflicto entre las instancias psíquicas. El origen se encontraba en los contenidos

²¹⁹ Cfr. Freud, S. “F. Lo inconsciente y la conciencia. La realidad” en *La interpretación de los sueños*, *Op. Cit* Tomo V, p. 604

²²⁰ Cfr. Freud, S. “El yo y el ello”, *Op. Cit* Tomo XVIII, p. 16-17

reprimidos y mantenidos en el inconsciente por la acción de la censura impuesta desde el preconsciente y sus nexos con la conciencia. Conflictos que enraizados en el cuerpo, como lugar y fuente de la pulsión, se desplazaban a modo de un cambio de lugar, de lo psíquico a lo corporal y de lo corporal a lo psíquico, manifestándose en los síntomas de los que sus pacientes se quejaban. Así encontró que la dimensión biológica de las enfermedades podía ser causa y consecuencia de las enfermedades nerviosas, ya que en muchos casos, la causa era el desplazamiento de un conflicto psíquico que se enervaba a nivel corporal provocando sufrimiento, pero que adquiriría su sentido y su alivio al revelarse su contenido inconsciente.

En la segunda etapa de elaboración teórica sobre el aparato síquico, creó la *segunda tópica* a partir de 1920 y desarrollada desde su obra *El Yo y el Ello* y a lo largo de sus obras hasta 1939, resulta de la evolución de una perspectiva estática a una perspectiva dinámica, que lejos de anular la primera se entretrejeja con ella, afirmando la psique como un campo de fuerzas y siguiendo un modelo más estructural: Yo, Ello y Superyó como instancias en interacción y conflicto permanente en la expresión de los deseos inconscientes, considerando la conciencia como una cualidad de lo psíquico. En el Yo se registra la cualidad de la conciencia, se rige por el principio de realidad, gobierna los accesos a la motilidad y sus enlaces con el mundo exterior²²¹. Se encuentra en relación de dependencia y conflicto entre las reivindicaciones del Ello y los imperativos morales del Superyó, por lo que se constituye en el polo defensivo de los deseos que provienen del inconsciente y que se oponen al principio de realidad que lo rige. Estos deseos son generalmente contradictorios, las más de las veces tienen un contenido sexual que se reprime por ser ocasionador de una culpa desbordada impuesta por el Superyó y de la cual, el Yo se defiende por medio de las formaciones de compromiso que se traducen en síntomas para evitar la angustia que provoca.

Por su parte, el *Ello* es esencialmente inconsciente, se rige por el principio del placer, comanda los deseos reprimidos y aprovecha la fuerza pulsional que los subyace para reivindicarlos a través de las diversas manifestaciones de lo inconsciente. Puede acceder a la conciencia del Yo por medio de las

²²¹ *Ibid*, p. 18

representaciones palabra que debido a la censura alteran o deforman su contenido. El *Superyó*, por otro lado, corresponde al ideal del Yo, comanda las exigencias morales, la auto observación y los ideales, tiende a prohibir la realización y la toma de conciencia de los deseos que provienen del inconsciente y que, cuando emergen se encarga de provocar la sensación de displacer y mantener el sentimiento de culpabilidad.

En el modelo estructural del aparato psíquico, Freud distinguió desde el principio el Yo del inconsciente, aunque después, en “Más allá del principio del placer” menciona que posiblemente en el Yo haya algo de inconsciente y que pudiera ser parte de lo preconscious²²², lo que resultaba que en un yo en parte inconsciente. Y, aunque nunca desechó por completo sus teorías, se había vuelto evidente, que la condición de consciente no era ya un criterio válido para esbozar el modelo estructural de la psique y comenzó a considerarla como algo que podía vincularse o no a un estado psíquico.

Estas tres entidades psíquicas que ahora presentaba eran el Yo, el Ello y el *Superyó*, como componentes dinámicos, constitutivos del aparato psíquico, mismos que había ido desarrollando en otros trabajos intermedios. Conforme fue avanzando en su investigación sobre el modelo de aparato psíquico, reflejó en el conflicto entre el deseo y la censura, el punto de vista dinámico de la psique, proceso que da cuenta de la fragmentación del sujeto inmerso en el juego de fuerzas psíquicas que entran en conflicto y que provocan la formación de los síntomas, donde el Yo se encuentra atrapado, entre el *principio del placer* que comanda sus deseos impulsados por el Ello y el *principio de realidad*²²³ que comanda la adaptación a la realidad, a la normativa social y sus preceptos morales, impulsados por el *Superyó*, conflicto que ocasiona una formación de compromiso.

En el estudio de los síntomas, Freud primero pudo dar cuenta de lo enigmático de su contenido y afirmar en ellos un sentido²²⁴ que emergía como un saber ignorado por la conciencia y en el que pretendió desentrañar el entretejido de culpa y deseo. Ya con la asociación libre como método y regla fundamental del

²²² Freud, S. (1920) Más allá del principio de placer, *Op. Cit.* Vol. XVIII, p. 19

²²³ Cfr. Freud. (1911) Formulación sobre los dos principios del suceder psíquico. *Op. Cit* Vol. XII.

²²⁴ Cfr. Freud, S. (1916) 17ª Conferencia de Introducción al Psicoanálisis: El sentido de los síntomas. *Op. Cit*, Vol. XVI.

tratamiento psicoanalítico, se adentraba en un proceso de recuerdo y elaboración que podía ser igualmente penoso para el paciente al tener que desvelar sus más íntimos secretos arrojados al olvido por la represión, pero disminuía la intensidad del síntoma provocando alivio. Descubrió que en el síntoma operaban los mismos mecanismos psíquicos que en la formación del sueño, confirmó a su vez su multicausalidad y su constante desplazamiento como formación de compromiso ante el conflicto dinámico entre las instancias psíquicas.

En la elaboración de la estructura psíquica, Freud se adecuó a la epistemología científica de su época y utilizó términos que eran comunes, como “individuo”, “sujeto” y “organismo” en la comprensión de los síntomas que afectaban a sus pacientes. Con la división de aparato psíquico, el sujeto que él presentó cuestionó la unidad e indivisibilidad del cogito cartesiano que tenía la razón como centro de su funcionamiento y de su existencia. Y, aunque no la nombraba como tal, no dejaba de dar cuenta de la división subjetiva provocada por el conflicto de las tendencias psíquicas opuestas.

Posteriormente Lacan zanjó la del cogito cartesiano e introdujo el concepto de sujeto que conlleva el advenimiento de una verdad desconocida para el yo, atropellando de este modo la concepción cartesiana. Lacan comenzó a trabajar esto en un momento en que la teoría freudiana sufría modificaciones en manos de los psicoanalistas post freudianos que se desviaban de los contenidos inconscientes propios del psicoanálisis y se centraban en la comprensión y fortalecimiento del yo, posición que para el analista se mantenía desde la contratransferencia, opuesta desde su origen al descubrimiento de Freud sobre el inconsciente.

Con la introducción del “estadio del espejo”²²⁵, Lacan realizó sus cuestionamientos sobre el reforzamiento del Yo y afirmó que su formación se da a partir de la experiencia de la fragmentación del cuerpo comandada por la experiencia de las pulsiones parciales, fragmentación que se siente superada –sin serlo– por una imagen unificante que le da su consistencia y le proporciona júbilo cuando se reconoce en esa imagen ideal. Pero sobre todo, cuando recibe el reconocimiento de su primer “otro” que en un principio le sostiene, la madre. Y,

²²⁵ Cfr. Lacan, J. (1966) “El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”, en *Escritos 1*. México: Siglo XXI Editores (1998).

ante cada repetición del momento de reconocimiento del otro, el Yo se fortalece y se consolida en el reconocimiento de su propia imagen.

Lacan retoma la distinción del sujeto en la experiencia del narcisismo introducido por Freud en dos momentos, primero como narcisismo primario conformado por la precipitación del yo en su imagen ideal, y luego en un segundo momento como narcisismo secundario o ideal del yo conformado a través del lazo con los otros y las diversas identificaciones con personas e ideales que revelan la introducción de lo social y sus exigencias, ideal del yo que lo circunscribe, pero también le hace conocer sus límites y le confirma la experiencia de la castración. Así, una vez enmarcada la conformación del yo a partir de la imagen, Lacan habla de su evanescencia y su lugar como un campo donde se juegan las fuerzas que lo insertan en el ámbito de lo simbólico mediante el lenguaje. En estas dos dimensiones, confirmó la constitución del yo a partir de las identificaciones imaginarias y simbólicas con sus efectos de alienación y división subjetivas.

Por ende, para Lacan el “sujeto” es un efecto del discurso, ya que la división que funda el lenguaje mantiene ese enigma traído por la palabra que nombra las demandas sociales generadoras de culpa, que posibilita la nominación del deseo con el que entra en conflicto, descentra al yo y la razón, haciendo emerger lo inconsciente y el sujeto que lo subyace.

Por tanto, el concepto del yo Lacan lo funda en un primer momento de desde el ámbito de la imagen, es decir, de un registro imaginario del sujeto, en un segundo momento, lo hace emerger desde un registro simbólico, como sujeto del inconsciente a partir de la división subjetiva que sufre como efecto del lenguaje, registros que elabora ya en sus primeros seminarios²²⁶. De este modo la metapsicología freudiana se ve complementada por el aporte de Lacan sobre los registros de lenguaje, lo real, lo simbólico y lo imaginario, que evidencian el descentramiento del yo como fuente de todos los actos humanos y la emergencia del sujeto del inconsciente como sujeto de deseo, procedente de la repetición que se impone en los imperativos de la pulsión que insiste.

²²⁶ Cfr. Lacan, J. Las psicosis (1955-1956) *El Seminario*. Argentina: Paidós

c. Freud y su teoría de las pulsiones

Hablar de la estructura psíquica es abordar la dimensión dinámica que arrastra consigo una dimensión económica, dimensiones que sumergen al sujeto en la fluctuación de los fenómenos psíquicos a los cuales está sujetado sin saberlo y que fueron desarrolladas por Freud en su metapsicología. Detrás de ese Yo que se fortalece en la imagen y que se disipa en los intentos de no contradicción de sus representaciones simbólicas, queda la huella de un sujeto en eterno conflicto entre el *principio del placer* y el *principio de realidad*. Esta huella pone en juego los afectos y las representaciones cargadas de energía psíquica llamada *libido*²²⁷, que es de naturaleza sexual y que comanda sus deseos, y que empujada por la fuerza de la *pulsión*, se ve limitada por las exigencias normativas, socio-culturales que se los impiden, conflicto que provocará sus síntomas.

Pero como la dinámica no rompe en ningún momento su vínculo con el sustrato tópico, la dinámica se correlaciona aguas arriba con el esquema tópico; como por otra parte de juego de fuerzas se resuelve en una relación de fuerzas cuantificada, remite aguas abajo a la dimensión económica. De este modo, el concepto de fuerza va a regresar a su origen *físico*.²²⁸

Origen físico, fuente de la *pulsión*. Término introducido por Freud en 1905 cuya elaboración teórica se desarrolló de manera progresiva. En dicha elaboración afirma que el conflicto psíquico está comandado por fuerzas de origen pulsional cuya interacción dinámica revela las cargas energéticas que conllevan. Desde el punto de vista económico, distinguió la pulsión del estímulo para darle su carácter de fuerza constante, y es aquí donde la equiparó al deseo por ser éste una manifestación constante que no deja de resurgir desde lo inconsciente.

En su obra *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), uno de los pilares de la naciente ciencia, estableció el concepto de libido y su articulación como parte de la pulsión sexual y capital energético del psiquismo que se origina desde la infancia. Hablar de sexualidad infantil en su tiempo, fue un atrevimiento que se

²²⁷ El término «libido» significa en latín deseo, ganas. Freud lo define como energía postulada como sustrato de las transformaciones de la pulsión sexual. declara haberlo tomado de A. Moll *Untersuchungen über die Libido sexualis*, volumen I, 1898). De hecho, se encuentra repetidas veces en las cartas y manuscritos dirigidos a Fliess, y por vez primera en el *Manuscrito E* (fecha probable: junio de 1894). Cfr. Laplanche, J.; Pontalis, J.B. Diccionario de Psicoanálisis, Paidós, B. Aires 9ª. Edición 2007.

²²⁸ Assoun, P-L. (2001) *Introducción a la epistemología freudiana*. México: Siglo XXI Ed, p.140

sostuvo para documentar la naturaleza sexuada del cuerpo como el origen de la pulsión e indagar sobre las teorías sexuales infantiles.

Estas teorías²²⁹ provienen de sus intentos por responder a su pregunta “¿de dónde vienen los niños?” y entre ellas están: a) la teoría de la cloaca: los niños son concebidos por la boca y paridos por el ano. Anuda la satisfacción pulsional del comer con la satisfacción pulsional de la zona erógena anal (primeras pulsiones parciales). Esta teoría va de la mano de que no existe diferencia entre hombres y mujeres (la ausencia de los sexos) y la ignorancia de la abertura genital femenina por lo que el ano es el lugar por donde algo puede salir del propio cuerpo (como las heces); b) la concepción sádica del coito: el niño se pregunta en qué consiste estar casados, qué se hace detrás de esa puerta cerrada de los padres, y se responde que tal vez orinar en presencia del otro y mostrarse la cola sin vergüenza, curiosidad sostenida en la diferencia anatómica de los sexos y a partir de su propia constitución pulsional por la que inscribe la escena sexual que el niño posiblemente ve y oye, y se arma una historia de escena de lucha donde los padres “juegan a pelear”; y c) la premisa universal del pene: inicialmente desconoce la diferencia de los sexos y cree que todo ser vivo posee un pene como el suyo. Cuando se pregunta por la diferencia ante la percepción de su ausencia en las niñas, afirman que lo tienen pequeño y que les crecerá o que se lo cortaron (amenaza de castración por la culpa ante la propia auto estimulación placentera).

Freud tuvo la oportunidad de corroborar dichas teorías en sus casos clínicos y da cuenta de uno de los historiales que fue célebre por los aportes a la teoría sobre la sexualidad infantil²³⁰, cuya importancia remite a la confirmación de la experiencia edípica (complejo de Edipo que se abordará enseguida) y las consecuencias psíquicas en el niño²³¹ que, de primera instancia, percibe la diferencia anatómica de los sexos, pero también en el adulto que las integra con el imperativo de domeñar la pulsión. Por tanto, a este capital energético al que Freud llama libido y que alimenta la pulsión, le da un carácter cuantitativo para poder medir estos procesos que subyacen las transformaciones de la pulsión

²²⁹ Cfr. Freud, S. (1908) Sobre las teorías sexuales infantiles. *Op. Cit.*, Vol. IX Amorrortu.

²³⁰ Cfr. Freud, S. (1909) Análisis de la fobia de un niño de cinco años (el pequeño Hans) *Op. Cit.* Vol. X

²³¹ Cfr. Freud, S. (1925) Algunas consecuencias psíquicas de las diferencias anatómicas de los sexos. *Op. Cit.*, Vol. XIX. Amorrortu

sexual. “Así, la libido es, por así decirlo, la madera de que están hechas las mociones pulsionales particulares”.²³²

Freud al explicar la diferencia entre instinto y pulsión, designa el primero como un impulso provocado por una tensión corporal que se descarga natural y momentáneamente en objetos específicos que la disminuyen; en la pulsión en cambio, la tensión corporal no tiene un objeto específico de descarga para su satisfacción. Esta satisfacción es desplazable porque nunca llega a ser total, constituye solo una disminución de la tensión provocada por una excitación interna y su presión constante tiene la finalidad de suprimir –por medio de un objeto– el estado de tensión que aparece en el cuerpo, así, la actividad pulsional resulta una tarea impuesta al aparato psíquico para mantener un estado de equilibrio.

En la interrelación con la dimensión tópica de la psique, se podría decir que el Ello comanda esta turbulencia energética encontrando solamente satisfacción parcial, lo cual remite nuevamente a la renovación de la actividad pulsional, que encuentra su límite en los imperativos morales del Superyó, donde el Yo, dirigido por el principio de realidad, es el blanco de todos los impulsos que lo mantienen en conflicto, y el lugar donde estas fuerzas opositoras entre sí llegan a un acuerdo en una formación de compromiso llamada síntoma. En su trabajo titulado *La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis*²³³ Freud las nombra como expresión de “pulsiones yoicas” que identificó tanto con las pulsiones de auto conservación, como con la función represora.

Hacia 1915 en su trabajo *Pulsión y destinos de pulsión*, elabora su teoría sobre el origen, las metas y los fines de este importante concepto ampliando su dimensión de parcialidad: la pulsión no tiene un objeto específico, puede tener múltiples objetos para su satisfacción debido a la naturaleza parcial de las pulsiones, de sus objetos y de su satisfacción, lo que hace que nunca quede del todo satisfecha sino que alimenta el circuito que empuja el deseo una y otra vez. Esta concepción freudiana de la pulsión que comanda los deseos y la vida sexual de los seres humanos constituye la subversión de una concepción sobre la sexualidad en la que ésta se satisface cuando es dirigida a la persona amada, pues afirma que la pulsión no se dirige a la persona, sino a los objetos que

²³² Assoun, P. L. (2001) *Op. Cit.*, p. 182

²³³ Freud, S. (1910) *La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis. Op. Cit. Vol. XI*

parcialmente la satisfacen y se encuentran encarnadas en ella, por lo que sigue provocando discusión desde su época hasta la actualidad.

El punto decisivo en la clasificación de las pulsiones se alcanzó en su trabajo *Más allá del principio del placer* (1920) donde todavía sostiene una posición dualista e introduce la pulsión de muerte como predominante y como punto final de la existencia humana, misma que Freud traduce en la experiencia de los límites y los continuos desplazamientos de los deseos de autodestrucción que comandan e interrogan la vida del ser humano y su sentido. Freud se ve sumergido y siempre compelido a considerar los fenómenos históricos de su época y la experiencia de la Primera Guerra Mundial y el período de entre guerras hasta antes de la segunda, le dieron motivos para reflexionar, fundamentar y corroborar en lo social y en lo particular de su clínica, la fuerza de la pulsión de muerte en la existencia humana.

La articulación de los trabajos sobre metapsicología en los que, en su momento Freud fue elaborando progresivamente los modelos económicos, tópicos y dinámicos, le ayudaron a estructurar la dinámica psíquica y a cernir los efectos del deseo inconsciente, así como la aproximación que podía darse a través del campo del lenguaje, es decir, a través del uso de la palabra y del análisis del discurso que se convertirá en el hilo conductor de toda su obra emanada del ejercicio de su clínica. La triple dimensión de la metapsicología freudiana desplegó su ambición explicativa considerando siempre la provisionalidad de sus elaboraciones teóricas y auxiliándose de modelos científicos que apoyaran sus descubrimientos.

En la elaboración de la dimensión tópica resalta la formación médica de Freud, el nexo con el sustrato anatómico. El carácter provisional que siempre dio a sus teorías deja la inquietud por ese lugar representacional del inconsciente en la anatomía que hasta la fecha continúa en discusión. En la elaboración de la dimensión dinámica queda la pregunta por la sustancia que determina la fuerza de la pulsión, es un nexo con la química a la que Freud recurre como intento de formalización de sus teorías. Del mismo modo, la dimensión económica remite a la dimensión cuantitativa de la energía psíquica y la pregunta por su medición, lo que incumbe a la física.

Con los modelos de su tiempo, Freud trabaja sus elaboraciones teóricas y accede a un nuevo campo, el psicoanálisis, disciplina que nació a la sombra de la anatomía, de la fisiología, de la química y de la física, que reconoció la filosofía en sus antecedentes, pero que se deslindó de todas sus especulaciones filosóficas. Esta nueva ciencia conserva igualmente la pregunta por el lugar en el que actúa la investigación analítica, mismo que se da en el cruce de la tópica, la dinámica y la económica, y cuyo saber siempre es puesto a prueba en su contrastación con la experiencia clínica que lo cuestiona y lo enriquece. Las dimensiones en las que Freud estructura su metapsicología resultan convergentes y se ven consolidadas por su interrelación.

A estas dimensiones, Lacan añade la topológica que las entreteje y las representa impidiendo su desanudamiento, el cual, como en nudo borromeo va dejando huellas y en ellas, efectos de sujeto. En su desarrollo sobre la teoría del sujeto en psicoanálisis, anuda los registros Imaginario, Simbólico y Real como dimensiones del lenguaje en una realidad social y cultural que complementan su dinamismo y su complejidad misma.

Una de las pretensiones del psicoanálisis es hacer pasar la pulsión por el lenguaje para dar cuenta del deseo que emerge de ella, así, el proceso analítico dado en este campo conlleva un trabajo de las pulsiones que se despliegan en el marco de la transferencia. Este trabajo permite el acceso a un nuevo saber sobre los síntomas del sujeto y su posición frente a ellos reflejada en su cotidianidad, en sus conflictos y en su sufrimiento. La transferencia como primera manifestación del inconsciente en el proceso del análisis, es la que genera un movimiento subjetivo hacia la aceptación del hueco, falta, castración y vacío que provoca sus síntomas y proporciona la posibilidad de hacer nuevos lazos con ellos.

El dilema se encuentra en saber cómo mantener al final del análisis, a partir del momento en que se produce la caída de la transferencia y el develamiento analítico al final del proceso, esa dimensión vital del amor que remita al sujeto al continuo dominio pulsional y su necesaria reconducción hacia el reanudamiento del circuito de su deseo, para así renunciar al vértigo de la pulsión de muerte. Esto pasa, necesariamente, por la dimensión de la posición ética del analista en la escucha.

d. Complejo de Edipo y estructuras clínicas

El descubrimiento de complejo de Edipo se dio en los inicios de psicoanálisis. Ya en 1900, en su obra sobre *La Interpretación de los sueños* Freud menciona la saga edípica como fundamental en la psicología infantil y declara la experiencia como universal:

“... esos deseos enamoradizos u hostiles hacia los padres (...) ocurren en el alma de casi todos los niños. En apoyo de esta idea la Antigüedad nos ha legado una saga cuya eficacia total y universal sólo se comprende si es también universalmente válida nuestra hipótesis sobre la psicología infantil. Me refiero a la saga de Edipo rey y al drama de Sófocles que lleva ese título”²³⁴

Freud se auxilia de los mitos para elaborar una teoría inexistente en sus tiempos a cerca de lo que constituye al sujeto del inconsciente. Para ello, acude también a la literatura y, como sabemos, el complejo de Edipo lo nombra a partir del mito que la mitología griega, en la versión de Sófocles sobre la tragedia incestuosa de Edipo Rey. Esta tragedia presenta en su trama hechos que desembocan en el planteamiento de una pregunta (el enigma de la esfinge) y que despliega un misterio alrededor del cual se va construyendo la verdad. Edipo no se enfrenta a una verdad que ya se sabe, sino que se va construyendo paulatinamente, del mismo modo que el saber que procede de la experiencia de un análisis.

La tragedia le sirve a Freud para escenificar un conflicto central en el ser humano, el Complejo de Edipo aparece en 1910 como concepto primordial en sus elaboraciones teóricas, le precede el abordaje que hace de su descubrimiento de la sexualidad infantil en 1905 en *Tres ensayos sobre teoría sexual* y en 1908 *Sobre las teorías sexuales infantiles*, obras que lo afianzan y le ayudan a explicar dicho fenómeno como necesario en la constitución subjetiva y a proponerlo como un fenómeno universal²³⁵, como un esquema evolutivo que se confirma con la propia experiencia y que ocurre independientemente de los factores educativos, raciales o culturales, lo que resalta la particularidad de la trama subjetiva en cada

²³⁴ Freud, S. (1899-1900) *La interpretación de los sueños*. Cap. V: El material y las fuentes del sueño. Op.Cit., Vol. IV.

²³⁵ Freud, S. (1913) “Tótem y Tabú”. *Op. Cit* Tomo XIII. Freud desarrolla esta idea sirviéndose de este mito para argumentar la universalidad del complejo de Edipo y plantea que la interdicción no tiene origen en el horror que el incesto inspira, sino en el deseo que provoca, y que a partir de la instauración del tabú o ley de la prohibición del incesto y la represión del conflicto edípico se producen distintos mecanismos que promueven la civilización y la cultura.

individuo. Sin embargo, esta elaboración se dio primero tras corroborar en los relatos de sus pacientes tales deseos infantiles y luego en su autoanálisis al que contribuía su correspondencia con Fliess, los descubre el 15 de octubre de 1897 y le escribe "... la poderosa influencia de Edipo Rey se vuelve inteligible (...) el mito griego explota una compulsión de cuya existencia todo el mundo reconoce haber sentido en sí mismo los indicios..."²³⁶.

Así, fue la escucha de Freud y el análisis de las fantasías de seducción de sus pacientes, las que le permitieron elaborar su teoría del trauma, su teoría de la seducción y al fin, desembocar en su teoría de la fantasía sustentada por los relatos escuchados que le habían brindado la plataforma para conocer uno de los conflictos nucleares en la constitución psíquica del ser humano. El conflicto edípico, nuclear de la constitución psíquica, cuyas escenas están impregnadas de elementos fantaseados, como bien dice Freud, "no son reproducidas en la cura como recuerdos —al menos hasta donde alcanza mi experiencia—, sino que son resultado de la construcción"²³⁷, siguen la trama de la tragedia que revela el deseo inconsciente de mantener una relación sexual (incestuosa) con el progenitor del sexo opuesto y de eliminar al padre del mismo sexo (parricidio), deseo originado por la primera pérdida.

Con la construcción de las escenas primordiales Freud alude a las distintas formas de recuerdo, como la trabajosa reconstrucción en el decir, los sueños o las fantasías que reclaman una significatividad y emergen como recuerdos encubridores. Es decir, no porque todos los niños recuerden haber visto la escena primaria ni porque conozcan los procesos copulativos desde temprana edad, sino que estas formas de recuerdo posterior se deben a la atracción hacia la fusión y complementariedad perdidas desde la separación que implica el nacimiento.

Freud explica el Edipo bajo dos modalidades, una modalidad positiva o *Edipo positivo* donde el niño se inclina hacia la madre y muestra hostilidad hacia el padre, y la niña se inclina hacia el padre con una suerte de decepción hacia la madre, y una modalidad negativa o *Edipo negativo* donde la inclinación es hacia el progenitor del mismo sexo que proporciona los antecedentes identificatorios de

²³⁶ Freud, S. (1897) Publicaciones pre-psicoanalíticas y manuscritos inéditos en la vida de Freud. Fragmentos de la correspondencia con Fliess (1950 [1892-99]). *Op. Cit.* Vol. I

²³⁷ Freud, S. (1918) "De la historia de una neurosis infantil", *Op. Cit.* Vol. XVII, p.49

la elección homosexual de objeto²³⁸. Estos acontecimientos ocurren cuando los niños se encuentran generalmente entre los 3 y los 6 años de edad, etapa de la elaboración de las teorías sexuales infantiles que inaugura la fase fálica de su desarrollo donde, ante el desconocimiento de la diferencia de los sexos predomina la premisa de la universalidad del pene, etapa que toma su nombre de la primacía del falo en el descubrimiento de las diferencias anatómicas de los sexos y que, tanto para el niño como para la niña no deja de tener consecuencias psíquicas²³⁹.

Entre dichas consecuencias están las distintas posiciones frente a la amenaza de castración, el niño, ante la percepción de la diferencia de los sexos, mantiene un interés narcisista hacia sus genitales y teme su pérdida, lo que resulta en dos reacciones: por un lado, no muda su primer objeto libidinal y por otro, siente horror frente a la falta en la niña o menosprecio triunfalista sobre ella. En cambio, la niña que nota el pene del niño, lo ve como superior frente a su propio órgano, pequeño y escondido, y como lo ha visto eso, sabe que no tiene uno así y quiere tenerlo. De la envidia del pene resultan tres consecuencias: esperanza de tenerlo que se puede conservar por mucho tiempo y mudar en el deseo de un hijo, o proceso de desmentida en el que se rehúsa a no tenerlo derivando en un comportamiento masculino; sentimiento de inferioridad que acentúa el carácter de los celos; y resignación de vínculos tiernos con la madre a quien culpa de su dotación insuficiente, mudando así su primer objeto libidinal.

Esas posiciones marcan comportamientos e identificaciones posteriores. El primado del falo, desde el punto de vista simbólico más que anatómico, es decir, más como completud y complementariedad ansiada que como órgano, se articula con la amenaza de castración en momentos diferenciados, mientras que en el varón el complejo de Edipo se desestima por la amenaza de castración, en la niña se introduce por la idea de haber sido castrada²⁴⁰, de lo que resulta el primer movimiento psíquico hacia la domesticación de las pulsiones. Nace el superyó²⁴¹ (como el enlace de la herencia del complejo de Edipo, la novela familiar, los

²³⁸ Freud, Sigmund (1910) "Sobre un tipo particular de la elección de objeto en el hombre" (Contribuciones a la psicología del amor, I) *Op. Cit.* Vol. XI, pág. 157,

²³⁹ Cfr. Freud, S. (1925) "Algunas consecuencias psíquicas de las diferencias anatómicas de los sexos". *Op.Cit.* Vol. XIX

²⁴⁰ Cfr. Freud (1924) "El sepultamiento del Complejo de Edipo". *Op. Cit.* Vol. XIX

²⁴¹ Cfr. Freud (1923) "El yo y el Ello" *Op. Cit.*, Tomo XIX.

ideales narcisistas y los imperativos normativos) como primer preámbulo de una conciencia ética.

La “resolución” del Edipo se continúa en el segundo tiempo de la sexualidad y consistirá en el abandono de las investiduras parentales y la internalización de la ley de la prohibición del incesto que permite dirigir la búsqueda de objeto fuera del núcleo familiar en la edad adulta. Es decir que, a partir de la experiencia pulsional que circunda el desarrollo de los niños en relación a los padres, es que empieza una serie de interrelaciones con las figuras parentales que promueven identificaciones, posiciones subjetivas y decisiones que le moverán a lo largo de su existencia. Y, del mismo modo como en la tragedia de Edipo Rey se evidencia la parcialidad del saber con cierta arrogancia narcisista de Edipo (la respuesta al enigma de la esfinge) y la construcción paulatina de la verdad, en psicoanálisis, la aspiración a la verdad también pasa por la misma suposición de saber que en su aparición inconsciente desconcierta, y al proporcionarle a los síntomas su sentido, y sólo al final, a través de la verdad, se enfrenta a la aceptación de la castración y el sinsentido.

Con la elaboración de la metapsicología, de la teoría de las pulsiones y el conflicto edípico, Freud explica la importancia de la libido como componente primordial de la pulsión sexual del individuo que, como la pulsión de vida, se enlaza con la pulsión de muerte y teje con ella un entramado que motiva toda conducta humana. Ahora bien, el Complejo de Edipo en Freud parte de la relación triangular entre madre, padre y niño en torno al deseo, pero Lacan agrega un cuarto elemento que es el falo, elemento articulador entre los otros protagonistas y que va más allá de esta inicial triangulación. Pasemos ahora a Lacan.

Lacan se ocupa del Complejo de Edipo más en un nivel estructural que como mito. Plantea el Edipo como una estructura en cuya organización cada personaje tiene una función y se define en relación al otro y al lugar que ocupa. El falo pasa a ser el significante que la articula en su circulación simbólica, es decir, falo no como pene, sino como la representación simbólica que este órgano tiene en la fantasía: el falo es el significante de la diferencia sexual, de la falta que remite a la completud deseada y ausente en la estructura misma del sujeto.

Los aportes de Lacan a la teoría del Complejo de Edipo tiene facetas que se ven influenciadas por su lectura de Saussure, Durkeim y Levi-Strauss que, desde la lingüística, la sociología y la antropología aportan la dimensión simbólica en la que el sujeto está inmerso por estar sujetado al lenguaje en el ámbito de lo social. Estas lecturas le hacen también tener diferencias con Freud y sus aportes constituyen más bien una continuación de la elaboración freudiana del Edipo resaltando su importancia en la estructuración subjetiva. Lacan en el Seminario 5: Las formaciones del inconsciente, plantea el Complejo de Edipo en tres tiempos, que guardan una sucesión lógica pero no necesariamente una cronología.

Primer tiempo: Corresponde a la dimensión imaginaria que se da en el estadio del espejo, donde se construye el cuerpo en un espacio imaginario. El niño se encuentra en una relación completa con su madre e intenta identificarse no con ella, sino con lo que supone es su objeto de deseo, ser lo que le falta a la madre, primera identificación imaginaria, donde el sujeto desea ser el falo para la madre, “lo que el niño busca, en cuanto deseo de deseo, es poder satisfacer el deseo de la madre, es decir, *to be or not to be* el objeto del deseo de la madre”.²⁴² El deseo del que se habla en psicoanálisis, es el deseo inconsciente, pertenece al campo del Otro en el que la madre es la primera que ocupa ese lugar para el sujeto por lo que al principio, el niño está a merced de su deseo.

Segundo Tiempo: en esta unión de la madre y del hijo impera una ley arbitraria, la del deseo de la madre, sin embargo, la presencia del padre se manifiesta en su discurso y es soporte de la ley que es el fundamento y el punto nodal del Complejo de Edipo. El padre entra en la jugada como agente que el que separa al niño de la relación imaginaria con la madre, introduce la prohibición del incesto, acción de interdicción del deseo y privación, articulando así el deseo con la ley que separa. Es decir que en este tiempo, la función del padre es ejercer esa ley, “privar”²⁴³ a la madre de su ilusión fálica (representada a través del hijo, la madre está castrada, ya no tiene el falo), privar al niño de la identificación imaginaria al falo (el niño está castrado, ya no es el falo de la madre), castración

²⁴² J. Lacan, “Las formaciones del inconsciente”, *El Seminario* 1955-1956, Libro V, Paidós, Buenos Aires, 1999, p.197.

²⁴³ J. Lacan, “La relación de objeto”, *El Seminario* 1954-1955, Libro IV, Paidós, Buenos Aires, 1999. En este seminario Lacan plantea las modalidades de la falta de objeto, privación, frustración y castración que remiten a la deuda simbólica y la necesaria función paterna que hace del hijo un sujeto deseante en la medida en que le da el acceso a lo simbólico.

simbólica que culmina con el reconocimiento de la falta tanto en la madre como en el hijo. Para que la privación sea efectiva es necesario que la madre se separe del hijo y se dirija al padre y que el padre no quede todo el tiempo dependiente del deseo de la madre. La ley de la prohibición del incesto acentúa la castración, inaugura el acceso al registro simbólico en esa articulación del deseo en el lenguaje y obliga a la exogamia, a su existencia social.

Tercer tiempo: de este tiempo depende la salida del Complejo de Edipo que además de caer en un sepultamiento por los mecanismos de la represión, a la manera de Freud, define para el sujeto una posición deseante. Ahora el padre es portador del falo imaginario, pene biológico que en el juego presencia-ausencia por su condición eréctil y erógena, sostiene la fantasía de la completud, que aunque tenga el órgano, no es el falo y depende a su vez de una ley exterior, ya que el falo se encuentra por fuera, se encuentra en la cultura.

Siguiendo a Freud, Lacan considera que la salida del Edipo se produce favorablemente si el niño se identifica con el padre de cuya relación se conforma el ideal del yo y entonces pasa, de querer *ser* el falo de la madre a querer *tenerlo* como el padre. De querer *serlo* a querer *tenerlo* es el paso que instauro la metáfora paterna, donde la ley de la prohibición de incesto hace evidente la presencia de la represión originaria. En el caso de la niña, se asume como en la falta del falo desde el inicio, se identifica con la madre en esta posición y vira hacia el padre que lo tiene. La instauración de la metáfora paterna o del Nombre del Padre posibilita al infante el acceso a su deseo en el lenguaje, al orden simbólico que lo hace sujeto.

Para Lacan, esta ley simbólica impulsa al sujeto a tomar o no, un lugar deseante sin saberlo. El lenguaje presenta entonces, dos propiedades, por un lado, producir ley y establecer las formas del lazo social, y por otro, nombrar las reglas del parentesco que determinan los lugares para los sujetos, pues es necesario poder nombrarse desde el lugar de hijo, de hija, de padre, de madre, tío, tía, nieta, nieto, etc. Las relaciones de parentesco son un lenguaje, y aunque sea evidente que existe un lazo biológico en las relaciones de parentesco, lo importante no es este hecho sino las significaciones que la estructura determina para esos hechos y que conforman la cultura.

Lo que confiere al parentesco su carácter de hecho social no es lo que debe conservar de la naturaleza: es el movimiento esencial por el cual el parentesco se separa de ésta. Un sistema de parentesco no existe en los lazos objetivos de filiación o consanguinidad dados entre los individuos; existe solamente en la conciencia de los hombres, es un sistema arbitrario de representaciones y no el desarrollo espontáneo de una situación de hecho.²⁴⁴

Levi-Strauss menciona en su obra “*Antropología estructural*”, que la racionalidad lógica de las estructuras simbólicas no depende ni de las intenciones de los actores sociales, ni de los accidentes históricos, sino que requirieron del lenguaje mismo para la expresión de un orden simbólico en las relaciones, en los roles de las mujeres y de los hombres.

Lacan se auxilia de los aportes de Lévi-Strauss y, particularmente en “*Las estructuras elementales del parentesco*”²⁴⁵, para mostrar que la prohibición es de estructura y que el padre –no es el papá o padre imaginario– sino su nombre que representa la autoridad. Es el padre como simbólico, “el nombre-del-padre”, el que garantiza un lugar en la filiación: “es en el nombre del padre que nos es necesario reconocer el soporte de la función simbólica que, desde el albor de los tiempos históricos, identifica su figura con la ley.”²⁴⁶ Pero esta ley y ese “nombre del padre” deben ser entendidos como funciones. No se trata de invitar al padre a convertirse en el policía de la familia ni contrastarlo con el orden legal, pero la identificación en el tercer tiempo del Edipo es la internalización de la ley. Es la función del límite simbólico que se funda sobre lo que se le presenta al sujeto como imposible.

Así, Lacan atribuye una función estructurante al Complejo de Edipo y entre sus efectos que están: la separación del niño y su madre, el corte de su vínculo imaginario y la aceptación de la ley de la prohibición del incesto por la renuncia al contacto genital con los progenitores, permite la identificación a un ideal, la asunción del propio sexo, la ubicación de su lugar en reglas de parentesco y en sus distintos modos de asumir lo simbólico, de producir su propio límite y tener la posibilidad de hacerse sujetos de deseo en la estructuración de los lazos sociales.

²⁴⁴ Levi-Strauss, *Antropología estructural*, Buenos Aires: Eudeba, 1984, p. 35, 49

²⁴⁵ Levi-Strauss, C. (1949) *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós

²⁴⁶ Lacan, J. “Función y Campo de la palabra y del lenguaje”. Escritos 1.

Esta estructuración subjetiva está inmersa en la espiral de las estructuras sociales, por lo que el drama edípico no remite solo a la tríada familiar, sino a la dimensión social, cuyos hechos están determinados por estructuras simbólicas inconscientes. Sin embargo, cuando hablamos de síntomas y casos clínicos en psicoanálisis, amén de tomarse en cuenta esta espiral donde lo individual no está separado de lo colectivo y viceversa, se hace importante retomar el inicio en lo subjetivo al hablar de las estructuras clínicas que, más que conceptos rígidos, constituyen modalidades singulares de subjetivación.

La noción de estructuras clínicas no es una elaboración freudiana, sin embargo ya Freud hablaba de estructura desde su obra *La interpretación de los sueños* donde mencionó la estructura del sueño y la interrelación entre los elementos que dan lugar su trabajo y que se pone de manifiesto en narración del soñante²⁴⁷. Posiblemente la noción de estructura en Freud esté incluida en el término complejo, de origen junguiano y definido como un conjunto de recuerdos, representaciones y pensamientos organizados y cargados afectivamente, que pueden ser parcial o totalmente inconscientes y que se reconocen cuando una persona se enfrenta a situaciones nuevas y se manifiestan como desplazamientos a eventos infantiles que hablan de las primeras identificaciones inconscientes.

Lacan hizo su relectura de Freud desde los desarrollos de la lingüística y la antropología estructural, enfatizó las relaciones simbólicas que constituyen el psiquismo a través del lenguaje, cuya estructura mínima es el significante. Para él, el Edipo introduce al sujeto en lo simbólico, como hecho cultural y del lenguaje, como latido pulsional y efecto de la tensión que le imprime el cuerpo sexuado, lo hace aparecer y desaparecer de la cadena significante inconsciente y, al estructurarse en relación a otro, se ve afectado por la emergencia subjetiva que le atribuye significados.

Por tanto, el Complejo de Edipo es nodal en psicoanálisis, la instauración de la ley de la prohibición de incesto tiene efectos subjetivantes, la estructuración del sujeto que realiza el trayecto edípico lo enmarca en modos distintos de asumir lo simbólico, que constituyen la hipótesis de las estructuras clínicas —neurosis, perversión y psicosis— como resultantes en relación a la Ley, reflejan la posición

²⁴⁷ Cfr. Freud, *La Interpretación de los sueños*, *Op. Cit.* Vol. V. p.419

subjetiva frente a la imposibilidad de completud con la madre y frente a la castración, que se traduce en comportamientos diversos, en sufrimiento, en síntomas, o en fenómenos elementales en el caso de las psicosis, bajo los cuales se enfrenta al mundo y crea formas vinculantes en las estructuras sociales.

Así, si el sujeto en su trayecto edípico llega –por el mecanismo psíquico de la *represión*– a la posición de “no querer saber nada” sobre esa imposibilidad de completud y la castración resultante, transitará como sujeto de deseo por el camino de las *neurosis*, cuyos conflictos en la asunción de su deseo le provocarán preguntas, incertidumbres, culpa y la combinación sin fin, de síntomas histéricos, obsesivos que hablarán de su sufrimiento. Se mantendrá en la pregunta por el deseo del Otro materno desplazado en sus diversas figuras sociales, y la duda sobre la respuesta correcta lo hará perseverar en su búsqueda.

Si el sujeto desemboca –por el mecanismo psíquico de la *denegación*– de la castración y se instala en el “ya sé que no se puede, pero aun así quiero...” transitará por el camino de la *perversión* donde la disolución de los límites y la trasgresión de la ley es su *modus vivendi*, de modo que, la ausencia de la culpa hablará de sus certezas sobre el goce materno que él intentará colmar bajo diversas modalidades que irán desde lo sexual hasta lo social.

Estos caminos son efectos de la introducción en el orden simbólico y de la asunción del lugar del Nombre del Padre que en su trayecto separa de la madre e impone los lugares de parentesco que instauran la Ley. Pero si esta Ley no opera y encuentra sus fallos en la introducción del sujeto en el orden simbólico, si la apelación a la Ley no responde o fracasa su metaforización, opera el mecanismo de la *forclusión* que no se separa al hijo de la madre, sino que se queda pegado a ella como su objeto de deseo y desemboca en un trayecto hacia la *psicosis*,²⁴⁸ donde las deformaciones del lenguaje —delirios considerados por Freud como intentos fallidos de separación— pero que no alcanzan a estructurar al sujeto desde el orden simbólico.

En la mayoría de los casos, los sujetos desembocan en la neurosis, a partir de cuyos mecanismos se conforma la cultura. Para el sujeto, estas posiciones no son intercambiables, pero socialmente están siempre en interacción ya que la

²⁴⁸ Cfr. Dor, Joel. (2014) *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu

dimensión simbólica que permea y estructura la sociedad, produce la cultura y al mismo tiempo su malestar que, manifiesto en los síntomas individuales y sociales configura la realidad en la que todo sujeto se ve inmerso en su llegada al mundo.

En su obra sobre *Estructuras clínicas y psicoanálisis*, Dör concluye que el sujeto de la neurosis tenderá siempre a la realización de su deseo, cuya satisfacción siempre parcial remite a la repetición de su búsqueda por poner en juego una identidad de percepción originaria inconsciente que nunca vuelve a realizarse por más que repita sus intentos. De ahí las paradojas de la neurosis: en la histérica provoca el deseo de tener un deseo insatisfecho, y en la neurosis obsesiva, el deseo de tener un deseo inalcanzable, imposible. Estos trayectos subjetivos conforman a estructura del sujeto, hipótesis en la que se trabaja a lo largo de la dirección de la cura.

Como se ha revisado en los primeros capítulos, el diagnóstico es un acto médico que tiene a finalidad de encontrar las causas de la enfermedad (diagnostico etiológico) y elegir el mejor tratamiento (diagnóstico diferencial)²⁴⁹. La consideración de las estructuras clínicas en psicoanálisis se enmarcan en su tarea diagnóstica, si puede llamarse así y, aunque no es posible la determinación de un diagnóstico previo para el tratamiento, precisamente en razón de la estructura del sujeto, se trabaja sobre su hipótesis, que se va confirmando con el único material clínico suministrado por el paciente: la palabra. Así, el campo de investigación clínica se delimitará de entrada, al análisis del discurso y del lugar desde donde el sujeto habla, en la dimensión del *decir* y de lo *dicho*, se revelará su posición subjetiva frente a la verdad, frente a la falta y al deseo.

De este modo, la contextualización teórica de las nociones de síntoma, diagnóstico, tratamiento; la formación del analista y su posición, permiten ubicar el modo de leer los conceptos fundamentales del psicoanálisis y de la posición del analista para la emergencia del sujeto.

Las herramientas teóricas fundamentales surgen de la práctica clínica, del abordaje de los casos que se presentan en su singularidad y la vuelven a poner en cuestión. La elaboración teórica sigue la repetición de la apertura y cierre del inconsciente, se abre en los intentos de resolución que generan las preguntas, se

²⁴⁹ *Ibid.*

cierra en su contrastación que deja huellas y, el resto que dejan las aporías indica una vía de reapertura y cierre sin fin. Proceso que, en el tiempo lógico de la comprensión, permite un enlace entre las concepciones de Freud y los desarrollos teóricos de Lacan en la explicación de lo constitutivo del sujeto.

El psicoanálisis como método de investigación y como método clínico, se aboca a estudiarlo a partir del lenguaje, desde donde se evidencia la división subjetiva que emerge de su objeto de estudio, lo inconsciente. La necesidad del lenguaje como parte de la subjetividad humana responde a sus relaciones con los otros y su entorno que lo van constituyendo en su constante interacción. Por tanto, en psicoanálisis se trata de analizar la historización que el sujeto realiza en su discurso por el que materializa el reconocimiento de sus espacios y las posibilidades de construir sentidos desde ellos, discurso dirigido al Otro social que le permite encontrar un lugar en su deseo. Esta relación del sujeto con el Otro, los otros y lo otro de su entorno, revela en el entrecruce de necesidades, demandas y deseos, las fallas en la construcción del sentido y los vacíos que le mueven a intentos de obturación del sinsentido en una espiral en la que no hay linealidad posible.

En este proceso de constitución subjetiva siempre hay movimiento, existen enlaces, nudos e hilvanes cuyos grados de movilidad y relación aceptan lo imprevisto y lo singular de la subjetividad humana que emerge en el discurso. Los enlaces permiten la combinación de elementos que tejen de manera flexible la relación con el Otro y los otros que intervienen en el proceso, mientras que los nudos, por su movilidad reducida marcan los límites de la flexibilidad en la estructura. Enlaces y nudos que no se cosen, sino que se hilvanan en la singularidad de cada caso, dejando espacios vacíos por donde se cuelan los restos de lo vivido y de lo oído, pero nunca articulado del todo en el discurso, restos que mueven el deseo.

4.2. Enlaces y nudos: la cuestión del tejido y su estructura

a. Necesidad, demanda y deseo

La combinación de los elementos de la estructuración subjetiva remite invariablemente a sus propias fallas y son estas fallas las que dan la posibilidad de la construcción del sujeto, mismas que se dan también en el recorrido teórico que intenta explicarlas. Entre las concepciones del ser humano a lo largo de la historia ha prevalecido la concepción dual para intentar definir al sujeto como un entramado de mente-cuerpo, de lo afectivo-intelectual, físico-psíquico, etc. El encuentro de Lacan con la psicosis y el trabajo con el discurso de su paciente Aimé hizo posible un viraje de esta concepción dual heredada desde la perspectiva médica y filosófica en sus distintas versiones a través de los tiempos, que desembocó en la construcción de una psicopatología de las enfermedades mentales, hacia la consideración de una dimensión ética de la experiencia delirante del enfermo mental.

Lacan se niega a la eterna estigmatización de la locura y capta en la escucha de sus pacientes psicóticos una lógica distinta que lo lleva a Freud. En su paciente Aimé distingue como se ha independizado la captura de la imagen narcisista del reconocimiento y como se hace valer a través del acto violento como una de las formas de la insistencia de la pulsión. Imagen, reconocimiento y acto violento en diferentes momentos del sujeto, tres momentos que hacen un paso de la dualidad del sujeto a una especie de triplicidad dimensional donde el sujeto es capturado en el lenguaje. A través de la rigurosa consideración del discurso delirante de la psicosis Lacan dimensionó los registros de la experiencia humana a través de los registros del lenguaje y los anudó en ese trípode: Imaginario, Simbólico y Real²⁵⁰ que señalan las posiciones del sujeto en su decir y promueven su estructuración subjetiva.

La introducción de ésta novedad en su relectura de Freud le permitió desplazarse de las tópicas freudianas a los registros del lenguaje sin dejar de considerar el inconsciente como el eje de su descubrimiento que introduce al sujeto en lo simbólico, donde su deseo es articulado. Al estudiar narcisismo, le

²⁵⁰ Lacan empieza a elaborarlo desde su primer seminario sobre *Los escritos técnicos de Freud* (1953-1954) y no deja de trabajarlos a lo largo de sus seminarios.

descubre su grieta mortal entre el yo que se forma del apego a la imagen del propio cuerpo como constituyente de su ser, imagen que se le escabulle, que habla de una ausencia de consistencia en su representación. Es la ausencia de consistencia la que remite a la pregunta por su falta también en el ser. Ausencia, falta en ser que genera la oposición entre el ser y el no ser, entre la vida y la muerte, una de las preguntas que provocan las mayores crisis existenciales del ser humano en su búsqueda por resolver su desamparo total en la vida. La pregunta por la muerte solo acentúa su falta en ser, creando un vacío que se intenta obturar por los impulsos del deseo del sujeto. Es la noción y la experiencia de esa carencia, de esa falta en ser, la que permite distinguir y enlazar sus tres niveles –necesidad, demanda y deseo–²⁵¹ con los registros del lenguaje en los que se distribuye la experiencia subjetiva: imaginario, simbólico y real²⁵² y que se abordarán más adelante.

Lacan distinguió la *necesidad* del sujeto como referida a un objeto, a aquello de lo que es imposible sustraerse en la vida para la sobrevivencia. Plantea la necesidad como algo referido a cuerpo que en su estado de inmadurez depende de otros para ser satisfecha, por lo cual, la ubica en un plano que no solo remite a una realidad, sino a la percepción que se tiene de ella, es decir, remite al registro de lo imaginario, pues la expresión de la necesidad tiende a cubrir aquello de lo que no se puede carecer para la conservación de la vida. Desde su nacimiento, el infante se enfrenta ante un estado de tensión y la incapacidad de satisfacer sus necesidades, revela manifestaciones corporales que constituyen un signo para quienes pueden satisfacerlas. El imaginario arraiga la relación del sujeto con su propio cuerpo y su imagen, dimensión donde las necesidades referidas al cuerpo remiten a su satisfacción inmediata, realidad que tiene en común con el reino animal, por lo que, la necesidad se aproxima a lo que Freud llama instinto como concepto puramente biológico que diferenciará de la pulsión²⁵³.

²⁵¹ J. Lacan, “La significación del falo” en *Escritos*, tomo 2, Siglo XXI, México, 1999, p.667s.

²⁵² Desde los primeros seminarios, Lacan hace referencia a los registros de lo imaginario, lo simbólico y lo real, y los sigue trabajando hasta desembocar en su seminario RSI dictado hacia 1974-1975 donde recapitula estos tres registros trabajados en su obra para delinear la clínica de lo real en el psicoanálisis.

²⁵³ Freud introduce el término pulsión hasta 1905, en su obra “Tres ensayos sobre teoría sexual” (Ver *Obras Completas*, tomo VII) y utiliza el término alemán *trieb* para diferenciarlo de *instinkt* poniendo en evidencia el sentido de *empuje*, en esta misma obra lo distingue de la *fuerza*, el *objeto* y el *fin* de la pulsión.

La *demanda* se produce cuando en el infante, las necesidades son articuladas por medio de manifestaciones corporales que lanzan un pedido al otro, pedido que se dirige a la madre para aliviar la tensión que provocan. El alivio de estas necesidades por parte de la madre trae consigo algo más, un algo que tiene que ver con el cuidado y con el amor que no pasará desapercibido para el infante y que provocará que en ocasiones posteriores, su demanda de satisfacción de la necesidad vaya acompañada de a petición de ese algo más que disfrutó a partir de la primera satisfacción. La demanda entonces parte de la inserción del ser humano en el lenguaje en sus diversas manifestaciones, primero como expresiones corporales de demanda y después con en su articulación en la palabra. Lacan registra la demanda en el campo de lo simbólico como un llamado que siempre va dirigido a otro en forma de súplica o petición de algo que falta para satisfacer una necesidad que puede o no ser un objeto específico, lo que revela que el objeto que se demanda pasa a segundo término, tiende a abolir la particularidad del objeto para convertirse en una demanda incondicional de amor ya que, lo realmente importante es la respuesta del otro como tal.

La demanda en sí se refiere a otra cosa que a las satisfacciones que reclama. Es demanda de una presencia o una ausencia. Cosa que manifiesta la relación primordial con la madre, por estar preñada de ese Otro que ha de situarse más acá de las necesidades que puede colmar. Lo constituye ya como provisto del “privilegio” de satisfacer las necesidades, es decir del poder de privarlas de lo único con que se satisfacen. Ese privilegio del Otro dibuja así la forma radical del don de lo que no se tiene, o sea lo que se llama su amor.²⁵⁴

Entonces, la satisfacción de la necesidad conlleva una demanda de algo más. Significa que el niño al insertarse en el universo del lenguaje, emite una demanda que está íntimamente vinculada al desamparo inicial del sujeto humano que no puede satisfacer sus necesidades por sí mismo y donde la intervención del otro ante sus manifestaciones adquiere un valor de respuesta. Las respuestas de la madre cubren su necesidad y van más allá de ella, le proporcionan la atención y el amor que no imaginaba que vendría con tales respuestas, es lo que Lacan denomina un *goce extra* o *plus de goce*. Ese plus de goce tiene que ver con la solicitud y el amor que acompañó la primera satisfacción de la necesidad sin

²⁵⁴ J. Lacan, “La significación del falo” en *Escritos*, tomo 2, Siglo XXI, México, 1999, p.670.

haberlo pedido o esperado y, a partir de la siguiente búsqueda, la segunda experiencia va mediada no sólo por la demanda de satisfacción de la necesidad, sino también por la búsqueda de ese plus de goce adicional. Y una vez cubierta la necesidad, persiste la demanda de otra cosa y, entre la satisfacción de la necesidad y el resultado obtenido en la satisfacción de la demanda, se constituye un resto en el que el amor incondicional que se demanda resulta insaciable, experiencia de división interna, de escisión que da pie a la formación del *deseo*.

El *deseo*, por tanto es algo imposible de colmar del todo, remite a un resto, a una diferencia entre lo pedido y lo obtenido que hace que se repita una y otra vez la demanda, de aquí su carácter de insaciabilidad y de repetición para intentar alcanzarlo. Esa diferencia, ese resto, no corresponde a un objeto específico capaz de llenarlo, de hecho ni siquiera de poder nombrarlo o representarlo, porque se sale del campo de lo simbólico, es un algo que falta sin saber exactamente lo que es, pero que mantiene al sujeto buscándolo. El deseo que intenta articularse en el campo de lo imaginario solo remite a objetos que no alcanzan a llenar el vacío dejado por esa diferencia entre lo pedido y lo obtenido, por lo que su imagen se desdibujará y se deslazara de manera continua sin poder articularse y, cuando intenta articularse en el campo de lo simbólico, las palabras no alcanzan a definirlo o representarlo. Es lo que Lacan ubica en el registro de lo real. Lo real siempre está ahí, no hay ausencia que se pueda representar ni nombrar.

Por tanto, entre la necesidad y la demanda, aparece el deseo que se constituye como un resto entre lo que se demanda y lo que se obtiene, no es una relación con un objeto, sino la relación con una falta que lo impulsa. Si la madre, por su propia división no puede responder invariablemente a la demanda incondicional de amor, es porque ella tampoco está completa, también algo le falta. Como veremos, la madre constituye el primer Gran Otro para el niño que ocupa necesariamente un lugar en su propia falta. El niño es interpretado por el deseo del Otro –la madre– y si le falta algo, es el niño en la fase pre-edípica, es él que quiere obturar esa carencia para situarse como objeto de deseo de la madre.

En su escrito “La significación del Falo”²⁵⁵, Lacan lo llama *objeto fálico*, por ser ese que viene a cubrir la falta del Otro que rechaza la dimensión de la

²⁵⁵ Cfr. J. Lacan, “La significación del falo” en *Escritos*, vol. 2 p. 673.

carencia presentándose a sí mismo como su objeto, sin embargo, el paso por el complejo de Edipo y el complejo de castración suponen la renuncia a este intento. Lacan afirma en su teoría del deseo, que el deseo del sujeto depende de la posibilidad del “reencuentro” con la primera experiencia de satisfacción que le proporcionó ese *plus de goce* y que le permite orientar su búsqueda otro objeto capaz de brindársela de nuevo.

A lo incondicionado de la demanda, el deseo sustituye la condición “absoluta”: esa condición desanuda en efecto lo que la prueba de amor tiene de rebelde a la satisfacción de la necesidad. Así, el deseo no es ni el apetito de la satisfacción, ni la demanda de amor, sino la diferencia que resulta de la sustracción del primero a la segunda, el fenómeno mismo de su escisión²⁵⁶.

Por tanto, desde estos planteamientos, Lacan retoma la teoría de las pulsiones de Freud y distingue entre necesidad, demanda y deseo. Despliega la necesidad dentro del registro de lo imaginario (I), restringido a las necesidades corporales que deben ser satisfechas para su existencia en el mundo. Plantea la demanda como efecto del lenguaje y la introducción en el campo de lo simbólico (S), demanda dirigida al Otro y que pide ser “ese todo” de la madre cuya falta promueve el deseo de obturarla, ubicando así la falta como constitutiva del sujeto y el deseo de ese objeto inexistente en el registro de lo real(R)²⁵⁷.

Estos momentos de la experiencia no se dan de manera lineal ni cronológica, es decir, del sujeto de la necesidad al de la demanda y luego al del deseo, ya que no existe un puro sujeto de la necesidad sin que haya una articulación de la misma en algún registro del lenguaje, y sin que en su demanda de satisfacción haga su aparición la demanda de algo más que remite al deseo.

La experiencia subjetiva en relación a la falta no se da en solitario, se da en relación a primer Gran Otro que es la madre y en relación a los otros que intervendrán desde el campo imaginario y simbólico en la creación de su propia historia. Estas tres dimensiones de la falta —necesidad, demanda y deseo— que revelan la posición del sujeto desde lo imaginario, lo simbólico y lo real, remiten también a las posibilidades de respuesta por parte del Otro y los otros —privación, frustración y castración— que sirven a Lacan como hipótesis para

²⁵⁶ *Ibid*, p.671

²⁵⁷ La teoría del deseo en Lacan será abordada en el capítulo 5

sostener su tesis sobre la divergencia radical entre el deseo humano y todas las categorías naturales y biológicas, y la importancia de la falta en la constitución subjetiva.

b. RSI: los tres de Lacan

Freud despliega en la elaboración de su metapsicología sus dos tópicos que dan cuenta del aparato psíquico y cuyo dinamismo revela las condiciones de formación de los síntomas neuróticos. Esta consideración como lugares topológicos, asignaba a la conciencia el lugar de la superficie inmediata y al inconsciente las profundidades de lo desconocido para el sujeto.

Sin embargo, Lacan llega a afirmar con su análisis del cuento “La carta robada” de Edgar Allan Poe que, lo oculto está a la vista, pero no hay acceso a su sentido ni a su significado. Del mismo modo afirma que el inconsciente se encuentra, se produce en la superficie del lenguaje, sin poder percatarnos fuera del análisis de su sentido. Al resaltar la importancia del lenguaje analizó sus registros –imaginario, simbólico y real– que dan cuenta de las posiciones del sujeto frente a su cadena discursiva, frente al Otro y los otros que la reciben.

El *registro imaginario* lo trabaja a partir del concepto de Narcisismo²⁵⁸ elaborado por Freud para hablar de la constitución del yo y las fuerzas que lo mueven, así Lacan, en su estudio sobre el *estadio del espejo*²⁵⁹, afirma que el Yo proviene de la imagen del cuerpo como constitutiva del yo, con todo lo que implica de desconocimiento, alienación, agresividad, amor y relación dual entre el Yo y su imagen especular entre los 8 y los 18 meses de edad, punto en el que el cuerpo no es percibido más que como una serie de sensaciones fragmentadas.

Al ver su imagen en el espejo, el niño adquiere la noción de completud de su cuerpo que también puede ser captada en la imagen de otro niño. En la captación de la imagen interviene el reconocimiento de la madre que le confirma su propia imagen en el espejo y le abre la posibilidad de dominar su cuerpo, lo que le provoca júbilo al reconocerse:

²⁵⁸ Cfr. Freud, S. (1914) Introducción al Narcisismo, *Op Cit.* Vol. XIV

²⁵⁹ Lacan, J. (1966) “El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”. en *Escritos 1*. México: Siglo XXI Editores (1998), p.87

Basta comprender el estadio del espejo como una identificación en el sentido pleno que el psicoanálisis da a este término: a saber, la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen... El hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el ser sumido todavía en la impotencia motriz y la dependencia de la lactancia que es el hombrécito en ese estadio *infans* nos parecerá por lo tanto que manifiesta, en una situación ejemplar, la matriz simbólica en la que el yo (je) se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto.

Es el registro de la identificación, donde la imagen funciona como señuelo y las ilusiones de totalidad, síntesis, autonomía, dualidad y semejanza propician la formación del yo por identificación con el semejante, con quien forma una relación dual e intercambiable cimentada en el narcisismo.

De modo que la percepción de la propia imagen corporal está impregnada de necesidades que adquieren *valor de signo* para el otro y es el otro que lo interpreta como una petición de algo más, como una demanda, tanto de satisfacción de las necesidades como de reconocimiento de la imagen especular, produciendo un enlace entre lo imaginario y simbólico, entre la percepción de la propia imagen y la experiencia de la necesidad de satisfacción y reconocimiento que se expresa en una demanda al otro, por lo que el imaginario siempre estará estructurado por el orden simbólico.

El *registro simbólico*, es decir aquel lugar que señala el momento de la inmersión del sujeto en el lenguaje que le precede y que le permite comunicarse con los otros. En este registro el sujeto puede elaborar su deseo a partir del Otro que constituye el tesoro de los significantes que lo determinarán en su vida. Con el auxilio de la lingüística y las aportaciones de Saussure y Jakobson, lo define como el campo de la simbolización, lugar de las representaciones de lo que falta o está ausente, es decir, lo *simbólico*²⁶⁰ es lo que proporciona a sujeto un lugar en el mundo, reconocimiento que lo ubica en las estructuras de parentesco y en la

²⁶⁰ Lacan realiza en su seminario sobre Las Psicosis, *Op. Cit.* Vol. 3, la distinción entre lo imaginario y lo simbólico como dimensiones de la experiencia y del lenguaje humano que le permite relacionarse con lo que le falta. En la psicosis es donde se vislumbra la falta de aquello simbólico que instaura el lenguaje en tanto inconsciente del sujeto.

Ley que ha de regir su comportamiento, es también aquello que falta en su lugar y cuya ausencia puede ser representada.

Lo simbólico está conformado por el lenguaje que mantiene las normas de convivencia social, palabras que pasan a ser significantes, cuyos múltiples referentes culturales dan cuenta de la enorme variedad de sus significados con los que el sujeto comunica su experiencia. La dimensión de lo simbólico abarca lo consciente e inconsciente y se encuentra latente en toda actividad humana, se anuda con el reconocimiento del Otro materno primero y el Otro social después, tanto frente a la imagen como a las formas de lazo social y las elecciones sexuadas del sujeto.

Las demandas que se articulan en el lenguaje manifiestan una doble función: depender de los otros para cubrir una necesidad específica y para satisfacer el amor y el reconocimiento que se demanda en la respuesta de los otros. Por lo cual, para Lacan, toda demanda es, en el fondo una demanda de amor, que se traduce en el lenguaje, amor que puede estar presente o ausente, presencia y ausencia que indica que algo pueda faltar y que pueda ser nombrado. Repetir la demanda es volver a pedir el amor y el reconocimiento para lo cual, no es necesaria la aparición de una necesidad específica del objeto.

El *registro de lo real*, está más allá de la necesidad y de la demanda, no solo aparece como opuesto a lo imaginario, sino también más allá del registro de lo simbólico. Lo real no es lo referido a la realidad objetiva externa, sino todo aquello que no se puede representar, tiene una presencia y existencia propias.

En las formulaciones de Lacan entre los años 1953 y 1956, lo real surge como lo que existe fuera del lenguaje, lo que aparece en la experiencia como angustia, eso que resulta imposible articular en la palabra, lo que no podemos pensar, imaginar o representar, constituyendo un indeterminado incontrolable sin posibilidades de simbolización alguna, es decir, alude al orden de lo imposible.

Aunque nada podría existir sino desde lo Real, es imposible de imaginar y representar desde lo Imaginario e imposible de nombrar e integrar en desde lo Simbólico, “lo real en cuanto que es el dominio de lo que subsiste fuera de la

simbolización”²⁶¹. Sin embargo, no se encuentra completamente alejado del orden de lo simbólico sino que constituye el no-fundamento inseparable del significante, en eso último consiste la paradoja de este no-concepto. Lacan asegura que el registro de lo real es el más enigmático de los tres registros.

c. *El Otro en la estructuración subjetiva*

Estructuración subjetiva es una manera de decir cómo se construye un sujeto que nace sujetado al lenguaje que lo determina no solo en su ser y su falta en ser, sino en su cuerpo hablado, sexuado y en sus relaciones que lo hacen ser quien es. Es la relación con la falta la que remite al *vacío* que sustenta el deseo y que lo hace *ser* a partir de lo que *no* es. El sujeto se construye en la alteridad, en su relación con el lenguaje, con los otros y con la cultura, y se edifica en la dimensión simbólica de su carencia.

En 1955 Lacan traza una distinción entre “el pequeño otro” y el “gran Otro” llama Otro a ese lugar simbólico, lugar de la ley, del lenguaje, del significante y del inconsciente, que estructura al sujeto como sujeto del lenguaje y del deseo: “en la función de la palabra de quien se trata es del Otro”²⁶². Lo designa como “gran Otro” o “A”, (con A mayúscula, por la palabra francesa *Autre*) para distinguirlo del otro o “a” (con a minúscula, *autre*) imaginario que designa las otras personas, al prójimo que es simultáneamente el semejante y la imagen especular por ser la otredad ilusoria de lo imaginario que nace de ella.

La relación del sujeto con el gran Otro juega un papel fundamental en la estructuración subjetiva, ya que designa la alteridad radical que trasciende lo imaginario, se equipara con lo simbólico que en cada sujeto está particularizado y bordea lo real en la consecución del deseo que lo constituye.

El siguiente esquema se presenta solo como un modo de apoyo y una manera de visualización general de la relación del sujeto con el gran Otro y el modo como se irán abordando.

²⁶¹ Cfr. J. Lacan, “Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la *Verneinung* de Freud”, en *Escritos 2*, p. 373

²⁶² Lacan, J. “Introducción del Gran Otro”, clase del 25 de mayo de 1955, en *El Seminario: El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*, Vol. 2



El Otro Materno. Es la madre el primer *otro* del niño sin el cual no podría subsistir, que acoge su impotencia biológica y es quien primero ocupa o encarna la posición de *gran Otro*, es decir, quien recibe el llanto y los primeros gritos del infante que demanda la satisfacción de la necesidad y la reiteración del amor. En la medida en que su inmersión en la dimensión simbólica del lenguaje permite a sus manifestaciones corporales adquirir un valor de signo para ese Otro materno, la solicitud va más allá de las necesidades biológicas para demandar el amor.

Las demandas del infante se repiten y es el Otro materno que las interpreta y les da sentido con sus significantes propios, que son la expresión de su propio deseo y del que el niño depende para sobrevivir. La demanda del niño se encuentra solamente referida a la relación diádica entre él y su madre, y su deseo es hacer que el Otro sea parte de sí mismo, pero no sabe que esa demanda es imposible de satisfacer, por lo que entra en juego la repetición desde la infancia. Esta repetición que no sólo obedece a la inevitable satisfacción de la necesidad, sino a la demanda de ese *plus de goce* inesperado, referido al amor y obtenido en el primer contacto con el Otro. La madre al encarnar el lugar del Otro, A con mayúsculas, se constituye en el Otro primordial, de donde aprenderá las palabras, que se convertirán en los significantes que rijan su historia.

El Otro materno como primer interprete de la demanda que se le dirige, revela su propia falta al carecer de respuestas certeras y nunca podrá responder invariablemente a la demanda incondicional de amor porque también está dividido (\mathcal{A}), su falta hace evidente su deseo, y esa falta es la que el sujeto quiere obturar. Pero también el deseo materno está atravesado también por la metáfora paterna

o el Nombre del Padre cuya función es cumplir la Ley de la prohibición del incesto, Ley que luego de la experiencia edípica forma la conciencia moral de los sujetos que se congregan en lo social.

Necesidad, demanda y deseo no son por tanto una sucesión lineal, sino una espiral dinámica en la que interviene la metáfora paterna que promueve ese movimiento del Otro materno al Otro social y hace patente el inconsciente como una escritura de huellas, de significantes que se enlazan y se reemplazan unos a otros en las operaciones de lingüísticas de condensación y desplazamiento en el discurso. El despliegue que las necesidades, las demandas y los deseos se entrelazan en los defectos y malentendidos de esta trama discursiva donde el inconsciente encuentra la materia para los sueños, los olvidos, los actos fallidos, los chistes y los síntomas como expresión de los conflictos del sujeto en el encuentro con el Otro y con los otros.

El Otro y lo imaginario: las identificaciones. El Otro materno entreteje su función con lo imaginario y como lugar de lo simbólico para el niño, puesto que es quien le da la posibilidad de atrapar una primera unidad mental, una captura de su imagen ideal de su cuerpo unificado en la imagen especular²⁶³ a través de su reconocimiento por el lenguaje, proporcionándole el primer regocijo ante ella, es el goce de la humanización que nos sujeta a las palabras y al Otro. La madre por tanto, no solo da el pecho, también da la palabra, y con la palabra el significante y la voz: "La madre no es sólo la que da el seno, también es la que da la marca de la articulación significante..."²⁶⁴. La identificación del niño con la imagen corporal unificada que le revela el dominio de las funciones motoras puede darse a través de la imagen especular o la imagen de otro niño, lo cual tiene su precio, ya que si el otro niño llora él también lo hace y cuando posea algún objeto, él también lo quiera. Por ello, utiliza el término "lo imaginario" para referirse al registro en que tiene lugar esta identificación con la imagen que revela una aparente completud que da lugar a la formación del Yo.

Por tanto, el Yo se forma a partir de una identificación imaginaria con una imagen externa, lo que implica que la identidad es proporcionada desde afuera.

²⁶³ Véase Lacan, J. "El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica". *Escritos*, vol. I

²⁶⁴ Lacan, "El deseo y su interpretación", *El Seminario* Vol. 6, Clase 19-11-58. Buenos Aires. Paidós

Esta primera identificación del niño con su imagen especular es otra manera de hablar del narcisismo desde Freud²⁶⁵, ya que habla del dinamismo libidinal subyacente. Narcisismo primario que conforma el Yo Ideal, en el que el sujeto se toma a sí mismo como objeto de amor y, narcisismo secundario mediado por la elección de objeto y el contacto con los otros que conforma posteriormente el Ideal del Yo. El paso de uno a otro no es definitivo sino circular, el Yo ideal se va configurando también en el contacto con las primeras figuras identificatorias que son los padres y luego desplazadas a otras personas o ideales que conforman en Ideal del Yo y que a su vez vuelven a alimentar el Yo Ideal. La resignación de las figuras parentales en el atravesamiento de Complejo de Edipo deja en el niño las primeras huellas de la identificación con esas figuras cuyas imágenes luego se verán desplazadas en otras personas, en otras circunstancias y significantes que conformaran los ideales del yo en su contacto con lo social y en su inserción en la cultura.

La estructura de lo imaginario se va construyendo por "palabra-tocamiento" para la constitución de la imagen, es decir que a la marca que hace se hace en la carne por el primer contacto con la madre, se le va dando un sentido o una significación, posteriormente al entrar en juego otro signifiante, se forma la cadena que va estructurando lo simbólico. En otras palabras, el reconocimiento de la imagen de sí mismo precede a la adquisición del lenguaje pero adquiere significado gracias a éste. Los efectos de esta etapa continúan a lo largo de la vida y no necesariamente se suprimen en la entrada al orden simbólico.

El Otro y lo simbólico: tesoro de los significantes. En su cuidadosa relectura de la obra freudiana, Lacan confirma la importancia del lenguaje en la constitución del psiquismo. Al mantener un diálogo con importantes lingüistas de la época como Ferdinand de Saussure y Roman Jakobson, se ve influenciado por sus obras y descubre que el inconsciente actúa con estructuras y reglas semejantes a las del lenguaje. Lacan relaciona las operaciones lingüísticas de la metáfora y la metonimia con los mecanismos inconscientes del trabajo del sueño y la formación de los síntomas señalados por Freud. En 1955, en su obra "La cosa freudiana o sentido del retorno a Freud en psicoanálisis"²⁶⁶, Lacan definió al Otro como lugar

²⁶⁵ Cfr. Freud, S. (1914) Introducción al Narcisismo. *Op. Cit.* Vol. XIV

²⁶⁶ Cfr. *Escritos*, vol. I

donde se constituye el sujeto e intentó demostrar que el sujeto es representado por el significante en una cadena discursiva que lo determina, palabras que ocupan el lugar significativo para cada sujeto, que lo definen y lo determinan, el Otro como el tesoro de los significantes.

En sus cursos, Saussure había enseñado que el signo, noción básica del lenguaje, está conformado por dos elementos: *significante* y *significado*. Siendo el significante la referencia y el significado lo referido. El significante puede ser una imagen visual (un gesto) o una imagen acústica (una palabra) que supuestamente remite a un concepto (significado).²⁶⁷ Por ello, con la adquisición del lenguaje, el mundo del niño vira hacia el orden simbólico que se introduce en la mente del niño a través de la metáfora paterna irrumpiendo en su mundo imaginario, en la diada simbiótica con la madre. Las experiencias quedan gobernadas por el lenguaje y las palabras son significantes polisémicos (significantes que tiene más de un referente). Cualquier concepto o significado puede ser representado por más de una palabra. A la par, la fuerza del padre de manera simultánea es objeto de amor de la madre y oculta presencia misteriosa que premia y que castiga, tiene un significado fálico mucho antes que el pene como característica distintiva de lo masculino. Nombre del padre y el falo se unen como el primer significante.

Cuando la madre levanta al niño frente al espejo, lo pone frente a su imagen y le dice "*eres igual a tu papá*" o "*tienes los ojos de tu hermano*", hace declaraciones simbólicas que vinculan la imagen con un universo de representaciones lingüísticas. La madre podrá decirle al niño: "*qué lindo eres*" o "*eres travieso y malo*". Así, lo imaginario será estructurado por el lenguaje y la identidad del niño dependerá de cómo asuma las palabras de sus padres. Esta asunción constituye la identificación simbólica que le impide quedar retenido en el mundo imaginario, para definir su identidad a partir de lo que otros le dicen, por lo que la relación del sujeto humano consigo mismo continúa construyéndose desde afuera²⁶⁸. No es el niño quien decide conscientemente parecerse a un familiar, sino que, sencillamente incorporará las palabras que oye, generará su identidad

²⁶⁷ Saussure, F. (1916) "La naturaleza del signo lingüístico", en Curso de Lingüística General. Recuperado de internet, junio 2017:

<http://comunicacioneducacion.weebly.com/uploads/6/3/0/6/630673/inmutabilidad.signo.pdf>

²⁶⁸ Cfr. Lacan, J. (1966) El estadio del espejo como formador de la función del yo, y función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis, en Escritos I, Mexico: Siglo XXI 1998

en base a ellas, como parte del deseo del Otro operando lo simbólico desde lo inconsciente.

Lacan en sus primeros seminarios aborda las relaciones imaginarias del yo con los otros en la realidad y establece que la relación del sujeto con el Otro en lo Simbólico remite a la cadena significativa inconsciente escondida en el sujeto, cadena simbólica que se apoya en las formaciones del inconsciente descritas por Freud, es decir, que se manifiesta en los lapsus, los olvidos, los sueños, los actos fallidos, los síntomas y la transferencia. Establece el *Esquema L*²⁶⁹ —que abordaremos a continuación— como una representación de las relaciones del sujeto y sus determinaciones inconscientes.

Por ello, la realidad imaginaria es para el sujeto una defensa contra la cadena simbólica y las leyes que la rigen, entre la que se encuentran la descripción aportada por Levi Strauss sobre las estructuras de parentesco que sostienen la Ley de la prohibición del incesto. Esta Ley es establecida por el significante fundamental del Nombre del Padre al que el niño se encuentra sujeto desde el inicio de su vida y que le es necesaria para poder acceder al lenguaje simbólico y quedar inscrito en la filiación y el orden generacional. De este modo, pasar de la identificación imaginaria a la simbólica incorpora en la dimensión inconsciente la pregunta ¿qué lugar tengo para el Otro? ¿Qué significado para él? Los intentos de respuesta revelan la internalización del deseo del Otro que subyace las identificaciones simbólicas inconscientes y que se traduce en los más variados y singulares comportamientos humanos, mismos que se articulan en el discurso y definen al sujeto barrado que actúa en el inconsciente.

El Otro y el fantasma. Desde sus primeros trabajos, Freud, resalta la importancia de la fantasía como una actividad psíquica que está presente en la vida cotidiana —en el juego de los niños, en los sueños diurnos, en la narración de un sueño, en la creatividad del artista, en el disfrute de las producciones del arte, etc.—, y que funciona como un guion imaginario protagonizado por el sujeto, que puede ser consciente o inconsciente. En determinadas circunstancias pueden ser un estadio preliminar de los síntomas neuróticos, en cuyo caso representa “*en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un*

²⁶⁹ Cfr. Lacan, J. (1954-1955) El Yo en la teoría de Freud. *Op. Cit.* Vol. 2, p. 364s.

deseo, y en último término, de un deseo inconsciente²⁷⁰. Freud considera la existencia de fantasías originarias en los seres humanos, cuyos contenidos son inconscientes son temas referidos a los orígenes como la vida intrauterina, el coito entre los padres, la castración y la seducción, cuya universalidad halla su conexión con el complejo edípico.

A este guion imaginario Lacan añade el eje simbólico ubicado en el lenguaje y transmitido originalmente por el Otro, (discurso de los padres) de quien se desprende la primera cadena significativa y de la que en el proceso analítico, el sujeto se desprende para producir la propia. Es en este proceso donde Lacan ubica el concepto del Fantasma, concepto que se deriva de su relectura de Freud, de la experiencia clínica y de los planteamientos filosóficos que subyacen al pensamiento científico de la época, ya que, cuestiona el modelo cartesiano de objetividad en las investigaciones sobre la realidad que presuponen la exclusión de toda contaminación humana, es decir la exclusión del observador sobre lo observado para considerar a división subjetiva en la consideración de la realidad.

Lacan afirma el establecimiento del Otro en el orden simbólico: *El Otro es el lugar donde se sitúa la cadena significativa que rige todo lo que, del sujeto, podrá hacerse presente, es el campo de ese ser viviente donde el sujeto tiene que aparecer*²⁷¹. Y desde aquí plantea la formulación del fantasma que se origina en la relación del sujeto con el Otro, en un doble movimiento, dos operaciones que dan cuenta de la división del sujeto: alienación y separación²⁷².

La *alienación* del sujeto en el significativo se da desde su llegada al mundo, pues el lenguaje que le precede se le impone desde el exterior y lo marca en todas sus elecciones posteriores, incluso aquellas que pudieran parecer más libres y ajenas de influencias. Esta alienación inscribe al sujeto en el registro de lo simbólico, en primera instancia respecto de la cadena significativa en el discurso de los padres que constituyeron para el sujeto el primer gran Otro, cuyo deseo remite a su propia falta. Esta primera operación remite al momento en el cual no hay sujeto dividido, momento simbiótico con la madre, Otro materno, a quien le obtura su falta. Es necesario que en este momento el niño sea lo que el Otro

²⁷⁰ Cfr. Laplanche, J.; Pontalis, J. Diccionario de Psicoanálisis, Paidós, B. Aires 9ª. Edición 2007

²⁷¹ Lacan, J. "El sujeto y el Otro: la alienación" Clase del 27 de mayo de 1964, en *El Seminario*, Vol. XI

²⁷² Estos conceptos Lacan los desarrolla en el Seminario de "La angustia" (1963-1964) para hablar de la constitución subjetiva referida a la relación del sujeto con el Otro.

materno desee, que se ubique en el lugar de falo materno. El “ser” del niño se ve forzado por la necesidad de ocupar algún lugar en el deseo de ese Otro que responde a sus primeras demandas y que se ha vuelto indispensable para él.

Posteriormente, el fantasma constituye una respuesta imaginaria, que el sujeto construye frente a la pregunta por el deseo del Otro, que es un enigma permanente, es siempre deseo de otra cosa. El grafo del deseo introducido por Lacan en el *Seminario 5*, desarrollado a lo largo del *Seminario 6. El deseo y su interpretación* (1958-1959) y que alcanza su culminación en el escrito “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo” (1960), representa el proceso del sujeto de preguntarse por el deseo del Otro, constituye un recorrido en el psicoanálisis donde, a través de la historización discursiva, el sujeto da cuenta de quién representa para él el Gran Otro y en el relato de su relación revelará lo que cree que es el deseo del Otro al que se ha identificado y al cual ha intentado responder a lo largo de su vida.

Se presenta entonces como un *sujeto (barrado)* responde con su *yo (moi)* a la pregunta que se hace: *¿Che vuoi?* ¿Qué me quieres? ¿Qué quieres de mí (*moi*)?²⁷³ Preguntas que entrelazan lo individual con lo social. El surgimiento del deseo en el campo del Otro, en el inconsciente, conlleva la dimensión social y cultural del deseo que precede a cada sujeto en particular, es decir, interacción del deseo del sujeto con los deseos de los otros con quienes forma comunidad en relación al Otro social, puesto que el suyo se constituye en relación dialéctica que entrelaza las dimensiones imaginaria y simbólica de los registros del lenguaje que lo precede y lo constituye.

La segunda operatoria es la *separación*. Si bien el deseo se constituye a partir del Otro, el paso de ser objeto de deseo para el Otro a ser sujeto de deseo, se da en la separación de la cadena discursiva del Otro para la producción de una cadena significativa propia. Ésta no se produce sin haber pasado por la alienación de donde se toman los significantes para articular el propio deseo. La posibilidad de sustituir un signifiante del deseo del Otro, por otro signifiante de producción propia, da cuenta de la inmersión del sujeto en lo simbólico y de su capacidad de metaforizar, es decir, generando la separación entre las dos cadenas significantes

²⁷³ Cfr. Lacan, J. (1966) “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano” en *Escritos 2*. México: Siglo XXI Editores (1998).

(la del sujeto y la del Otro), separación que se mantiene gracias a la configuración fantasmática que guía su deseo. En esta separación emerge el *sujeto* (dividido) que no será más hablado por el Otro, sino bajo la forma de su inconsciente, tal como Lacan indicó “El inconsciente es el discurso del Otro”²⁷⁴.

Esta peculiaridad del fantasma en cada sujeto es el marco en que cada uno puede negociar el placer con el goce. Más aún, es el único modo de negociación con el goce en la clínica psicoanalítica.

El Otro y lo Real. La relación del sujeto con el Otro hace evidente una doble falta (la del sujeto y la del Otro) y un doble movimiento entre lo que se desea (con su doble operatoria de alienación y separación del fantasma respecto al deseo del Otro) y lo que se obtiene, que nunca cubre por completo lo que falta. En su seminario sobre Las relaciones de objeto (1956-1957), Lacan analizó las posiciones del sujeto frente a esa falta, sin embargo, trasciende la relación dual entre el sujeto y el objeto. Al plantear la relación de objeto en términos de falta y de pérdida dice que:

El objeto se presenta de entrada en una búsqueda de objeto perdido. El objeto es siempre el objeto vuelto a encontrar, objeto implicado de por sí en una búsqueda, opuesto de la forma más categórica a la noción de sujeto autónomo, concusión a la que lleva la idea del objeto culminante [...] en la práctica analítica hay una noción de objeto que se reduce a fin de cuentas a lo real.²⁷⁵

El sujeto busca un objeto que colme su falta, se desplaza en su búsqueda de un objeto a otro por la fuerza de la pulsión, sin embargo, este objeto carece de representación imaginaria, no tiene una imagen, y entonces aparece lo real como un resto, aparece como la diferencia que cae como un resto entre el objeto que se busca y lo que se encuentra. Esa diferencia es lo que Lacan llama *objeto a*, resto que no tiene semblante específico, que se desplaza al igual que la pulsión que no tiene objeto, impulsa nuevamente la búsqueda del deseo. Es decir que, el *objeto a* no está delante como algo a alcanzar, sino detrás como su causa.

Lacan considera al "*objeto a*", como su único invento. Éste invento suyo da un giro a la clínica freudiana, introduce la dimensión de lo real y en la dirección de

²⁷⁴ Lacan, J. Función y campo de la palabra en psicoanálisis en *Escritos I*, p. 248

²⁷⁵ Lacan, J. La relación de objeto, *Op. Cit.* Vol. IV, p. 28

la cura, trae consecuencias. El "*objeto a*" lo presenta cuando está construyendo el grafo del deseo²⁷⁶, pero es en el Seminario de la Angustia²⁷⁷ donde afirma que el *objeto a*, es la única traducción subjetiva de la angustia, es el objeto de la pulsión transformado en *objeto causa del deseo*. El *objeto a* es el objeto del fantasma que se presenta a través de un señuelo imaginario que le permita entrar en la escena del mundo, se constituye como objeto reemplazado, búsqueda que lo sostiene en trayecto, lo divide, lo castra, y por ello causa al sujeto en su deseo.

El Otro está ya presente en la dimensión de lo simbólico, del lenguaje que preexiste a todo sujeto y lo inscribe en el campo del Otro, a condición de al Otro le haga falta su llegada. Al Otro le falta algo, como lugar de lo simbólico no está completo, también emerge –al igual que el sujeto– a partir de lo que falta, su deseo es un enigma, remite a un vacío de respuesta que no ofrece garantía alguna frente a la experiencia de la castración y de esa falta.

El sujeto llega para intentar llenar lo que al Otro le falta, y el primer representante en su historia personal es la madre que lo recibe (el Otro en lo Imaginario que luego se desplaza a todas esas figuras a las que el sujeto quiere complacer), lo inscribe en ese campo con sus propios significantes (el Otro en lo Simbólico). Como sujeto barrado por el significante, introyecta al Otro con su falta, lo que constituye el inconsciente del lado del sujeto: A/(A tachado). Pero el Otro emerge de lo que no se puede representar, operación de la que queda un resto que no es significante (el Otro en lo Real): el *objeto a*, que se presenta como "lo perdido" irremediabilmente, que da testimonio de un Real que se filtra en la experiencia y que no tiene posibilidad de simbolización, no hay algo que lo explique o le dé sentido. Allí anida la función del *objeto a* como causa del deseo.

La lógica del fantasma está presente en la estructura de la ley del deseo. En esta lógica, la pregunta inconsciente por su falta en ser, abre para el sujeto procesos de identificación, el Otro que lo "atrapa" en su red significante le ofrece objetos de goce para ello, iniciando ese dinamismo de la constitución subjetiva. El fantasma emerge como respuesta frente al Otro, en esos dos movimientos de alienación y separación: el sujeto ha de pasar por la alienación en la pregunta por

²⁷⁶ Lacan, J. (1966) "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano" en *Escritos 2*, México: Siglo XXI editores, 1998.

²⁷⁷ Cfr. Lacan, J. La angustia, *Op. Cit.* Vol. X.

el deseo del Otro, para luego separarse y producir una cadena significativa propia que le impida permanecer como objeto de goce del Otro y constituirse en sujeto de deseo. El fantasma, es un recurso frente al deseo del Otro. Se construye en el proceso de separación, de ser objeto de deseo del Otro –cuyo goce remite a un real imposible de simbolizar–, y le permite ser sujeto respecto del deseo del Otro, funciona como una defensa frente al goce absoluto del Otro que lo borre como sujeto, por lo que resulta ser un remedio contra la angustia.

Lo Real en la relación con el Otro se presenta, por tanto, en el registro de la imposibilidad, pues aunque en los sujetos no cese la pregunta por su deseo, éste aparece como lo imposible de ser cubierto por lo imaginario o lo simbólico, y es de este modo que angustia. Pero el campo de lo simbólico en el que está inscrito el sujeto, lo remite a la construcción de un fantasma que, en la experiencia de lo inconsciente, le ofrece la posibilidad de bordear lo real y evitar la angustia. Es la localización y la travesía del fantasma lo que el psicoanálisis ofrece en ese proceso de constitución subjetiva.

La diferenciación entre la demanda y el deseo fue la clave para poder precisar el carácter simbólico, imaginario y real de la falta. El enlace de los tres registros –Imaginario, Simbólico y Real hablan de una distinción de planos en el ámbito del lenguaje– al que el ser humano está sujeto mediante las palabras. Va transitando por los tres registros, primero desde sus signos previos que posibilitan esta crucial diferenciación de los matices de su carencia: la necesidad, ubicada en el registro de lo imaginario y que remite a lo esencial para la sobrevivencia. La demanda, que por pedir algo más de lo que la necesidad cubre, remite al campo del lenguaje y por ende, al registro de lo simbólico. Y el deseo que impulsa al sujeto en la búsqueda de su objeto perdido ese de la primera satisfacción que, sin imagen especular lo remite a su pulsión sin objeto, que sólo logra reemplazar en una satisfacción que siempre será parcial. Este trayecto en la clínica intentará articular en la palabra algo de ese deseo para bordear ese *objeto* a que lo hace emerger. Estos tres movimientos subjetivos se entrelazan siempre en ese espacio simbólico en relación al Otro.

d. Real, Simbólico, Imaginario en la clínica psicoanalítica

En su enseñanza Lacan se vale de algunos recursos de las matemáticas para realizar representaciones simbólicas de los procesos del inconsciente y articular conceptos que favorezcan su comprensión. En la presentación discursiva de cualquier teoría existe necesariamente una “diacronía”, es decir, el enlace o encadenamiento de los términos y conceptos se van sucediendo uno tras otro, lo que requiere del lector ir memorizando cada uno de ellos para su comprensión. Lacan para ello, se vale de esquemas y grafos para exponer la articulación de los conceptos involucrados que explican la dinámica de inconsciente.

En sus dos primeros seminarios²⁷⁸ utiliza modelos y esquemas, de los que solo abordaremos el *Esquema L* para dar cuenta de la dimensión imaginaria del yo que se constituye como un espejismo, como un síntoma, como una formación de compromiso que evade y se defiende de la angustia. Luego, en su seminario sobre Las Formaciones del Inconsciente, elabora el Grafo del Deseo del que brevemente se ha hecho mención para explicar el recorrido de la constitución subjetiva donde el Otro juega un importante papel en torno al deseo inconsciente. Y, a partir de su seminario sobre La Identificación²⁷⁹, se adentra en la topología²⁸⁰ utilizando primero las superficies como la Banda de Moebius y después los nudos, a través de los cuales despliega el enlace de los tres registros como fundamento de la constitución subjetiva en relación a la falta, al Otro y a su deseo. Las nociones de la topología y especialmente sus invariantes topológicos serán por tanto la vía para articular lo particular de cada caso con lo universal de la estructura.

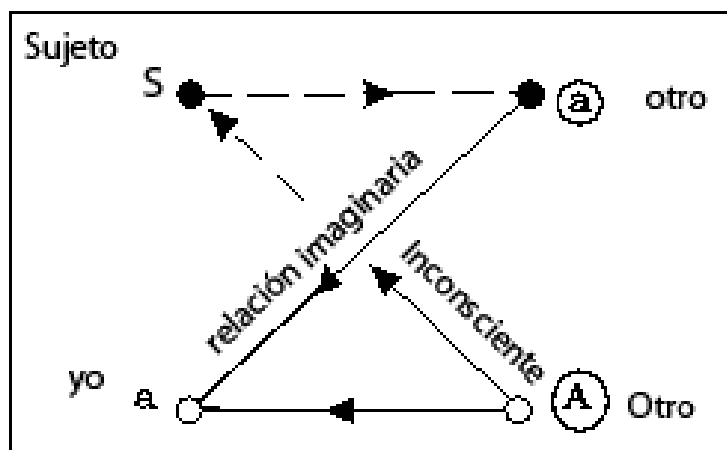
Antes de llegar al anudamiento de los registros, expondremos como Lacan utiliza el *Esquema L* elaborado en su segundo seminario²⁸¹ para definir las posiciones en el análisis, tanto del sujeto como de analista en el proceso analítico, diferenciándolas desde cada uno de los registros.

²⁷⁸ Ver en Lacan, *El Seminario*, Vol. 1 “Escritos técnicos de Freud” y el Vol. 2 “El Yo en la teoría de Freud”, respectivamente

²⁷⁹ Ver en Lacan, *El Seminario*, Vol. 5 para “Las Formaciones del Inconsciente” y el Vol. 9 para “La Identificación”, respectivamente.

²⁸⁰ Stewart define la topología desde sus raíces griegas como el estudio de los lugares y que como rama de las matemáticas estudia las propiedades de los espacios topológicos y las funciones continuas, interesándose por la proximidad, los agujeros y la conectividad de los mismos. Cfr. Stewart, I. *Conceptos de matemática moderna*. Alianza Universidad, 1988. p. 171.

²⁸¹ Lacan, J. El Yo en la teoría de Freud. *Op. Cit.* Vol. 2



Esquema L, Seminario 2, p. 364s

Los ejes del esquema son los que van del yo (a) al otro (a') caracterizado por la dimensión imaginaria, donde el sujeto cree dirigirse al otro (persona del analista) y el que va del Otro (A) al Sujeto (S) que caracteriza la dimensión simbólica que en realidad corresponde a la primera posición del analista como el Otro al que dirige su demanda y se pregunta por su deseo. La posición del analista desde el lugar del Otro (A), insta para el sujeto el lugar del Sujeto Supuesto Saber a quien le dirige su pregunta por los significantes que su deseo, lo que interroga su propia identidad.

Características de cada Eje del Esquema L:

1. En el Eje 1: dimensión Imaginaria	2. En el Eje 2: dimensión Simbólica
<ul style="list-style-type: none"> – Comunicación de Yo a Yo – Eje de la conciencia – Hay emisor y receptor – Interviene la comprensión, la mirada y la comunicación del orden médico y psicoterapéutico – Lugar de las identificaciones con los otros – Hay reversibilidad y simetría – Lugar del enunciado 	<ul style="list-style-type: none"> – Eje del Inconsciente – Lugar del lenguaje, del Otro, de lo Simbólico – Lugar del Sujeto dividido, afectado y en falta – Sujeto como efecto del lenguaje – Relación del \$-Otro – Lugar de la asimetría, la irreversibilidad del malentendido y de la contradicción. – Lugar de la enunciación

En la dimensión Imaginaria representada en el eje $a - a'$, yo – otro, reina la conciencia del yo, lugar donde se defiende la cerradura de la puerta, que conduce al lugar de lo reprimido, del inconsciente. La conciencia de sí, tiene como principal función impedir la posibilidad de saber sobre aquello de lo que el yo se defiende,

de eso que no se quiere saber nada. El yo entonces, tiene una función de desconocimiento y está enredado en un núcleo de resistencias frente al saber de lo inconsciente.

Desconocimiento no es ignorancia. El desconocimiento representa cierta organización de afirmaciones y negaciones a las que está apegado el sujeto. No podemos pues concebir el desconocimiento sin un conocimiento correlativo. Si el sujeto puede desconocer algo, tiene que saber de algún modo en torno a que ha operado esta función. Tras su desconocimiento tiene que haber cierto conocimiento de lo que tiene que desconocer.²⁸²

Desde el registro imaginario se inicia el discurso del sujeto y que corresponde al orden de los hechos aparentes, de los fenómenos observables de la realidad externa, como sus circunstancias actuales, su novela familiar y los afectos, que son de este tipo. El sujeto llega a la consulta con un motivo de sufrimiento que se manifiesta en síntomas diversos, se enmarca en este orden de realidad, sin saber aún la posición que juega en lo que le acontece.

Desde este registro, la posición del analista se deslinda de tomar partido en el despliegue de sus dilemas, no aporta juicios ni opiniones respecto de lo que debería hacer, ni da consejos morales o pedagógicos que satisfagan de algún modo la demanda del sujeto. A diferencia de las psicologías de la sugestión, de la comprensión y de la autoayuda que se apoyan en la conciencia y en el orden de realidad que despliega el registro imaginario para defender al sujeto de todo lo que amenaza su yo, el analista se limita a escuchar y a confirmar sus síntomas desde otro lugar.

A esto se refería Freud en sus escritos técnicos²⁸³ con una posición neutra de parte del analista, sin hacer intervenir sus propias emociones que constituyen sus movimientos contratransferenciales, pues debía en primera instancia solo reflejar lo que le es mostrado para hacer emerger la pregunta del sujeto por su participación en los motivos de su sufrimiento.

El 8 de Julio de 1953, Lacan da una conferencia en la que se interroga sobre las dimensiones del lenguaje –lo Simbólico, lo Imaginario y lo Real– y plantea estos tres registros para situar el movimiento subjetivo en la relación al

²⁸² Lacan, Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud. Buenos Aires: Paidós, 1993, p.167

²⁸³ Freud, S. (1912) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *Op. Cit.* Vol. XII

Otro en la situación analítica y la dirección en la cura²⁸⁴. Esta conferencia inédita constituye una introducción al "*Informe de Roma*"—, En "La dirección de la cura y los principios de su poder", lo ubica en una relación transferencial en donde a través del despliegue de la palabra del sujeto se hace patente la relación con su deseo.

La dimensión simbólica representada en el eje *A – S, Otro – Sujeto*, remite al sujeto del inconsciente. La posición del analista se ubica aquí desde un principio para escuchar la emergencia de la *transferencia*, misma que se manifiesta en el discurso del sujeto cuando le suceden los *lapsus* en sus narraciones, cuando cuenta *sueños*, cuando se pregunta por sus *olvidos* o *actos* en los que su yo parecía no haber intervenido, aquellos que se hacen sin pensar, cuando se hace preguntas sobre sus *síntomas*, es el momento en que se establece la demanda del paciente, misma que se origina a partir de estos signos de transferencia.

Es la transferencia lo que sostiene todo el proceso de búsqueda del material reprimido, de los significantes amo a los que se ve sujeto. En el progresivo levantamiento de la amnesia infantil a lo largo del tratamiento, surgirán recuerdos mezclados con fantasías que, organizados en un discurso propio de cada analizante pone en evidencia el anudamiento de las identificaciones en su historia con las creencias de su vida actual que contribuyen al sentido de los síntomas y su sufrimiento, al goce que le aleja de su posición de sujeto deseante.

El psicoanálisis no tiene otro modo de trabajo que no sea con la palabra de paciente e intenta en su despliegue, que el sujeto acceda a la verdad sobre su deseo, para lo cual realiza este trayecto desde lo imaginario hasta lo real de su experiencia pasando por lo simbólico que atenúa la angustia. En su discurso, la *palabra vacía* se enmarca en la dimensión imaginaria en el sentido más ingrato, en el que el yo que despliega hechos, impresiones, juicios y sufrimientos que tienen la finalidad de seducir al oyente y se regodean en el narcisismo, todo ello forma un discurso en el que no se cuestiona su posición, no emergen preguntas, es un bla, bla que no dice nada, cuyo goce le defiende de las implicaciones de su

²⁸⁴ Lacan, J. (1953) *Le Symbolique, l'Imaginaire et le Réel*, conferencia inédita, que fue mencionada y trabajada en el Informe de Roma, "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", Cfr. Lacan, J. (1966) *Escritos 1*. México: Siglo XXI Editores (1998).

deseo. Ante este tipo de discurso, Lacan afirma que una puntuación acertada por parte del analista da su sentido al discurso del sujeto, y su posición “debe suspender las certidumbres del sujeto hasta que se consuman sus últimos espejismos”²⁸⁵.

Es aquí donde surge la posibilidad de la emergencia de la *palabra plena*, aquella en la que el sujeto se implica, se pregunta por su participación en los hechos que sufre, por el sentido de sus síntomas y por las implicaciones de su deseo. Es aquella donde nace la verdad sobre su falta en ser y su posición frente a ella, la que le hace posible acceder a capítulo censurado de su inconsciente que está escrito en otra parte, en los síntomas de su cuerpo, en los recuerdos de una infancia olvidada, en la tradición familiar y sus emblemas heredados que han configurado su historia y que, a la hora de ponerlo en palabras, se hace presente también en la evolución semántica de su discurso, es decir, en el vocabulario elegido para hablar de ello, que no muestra otra cosa que los significantes que lo representan.

Lacan considera que la esencia del psicoanálisis consiste en el uso de lo simbólico y que el analista solo se apoya en lo imaginario para transformar las imágenes en palabras, es decir que el uso de lo simbólico es el único modo de atravesar el plano de la identificación. Ante el discurso imaginario del paciente, el analista en sus intervenciones no subraya lo que corresponde a este registro sino que apunala a las identificaciones que se despliegan y a las que está sujeto, hace que el paciente pueda registrar la discordancia entre su yo sumergido en lo imaginario y su ser de sujeto que lo subyace. “*Los acontecimientos se engendran en una historización primaria, dicho de otra manera la historia se hace ya en el escenario donde se la representará una vez escrita, en el fuero interno como en el fuero exterior*”²⁸⁶.

En la clínica psicoanalítica, esta referencia al Otro como lugar de lo simbólico promueve el poder de los significantes que hacen posible el sostén y la circulación del deseo, cuyo efecto es el sujeto, que es evanescente, que se construye en cada nueva repetición, en cada intento de anudar algo de lo que falta, en cada nuevo enlace. En 1960, en “Subversión del sujeto y dialéctica del

²⁸⁵ Lacan, J. Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. *Escritos I*, p. 241.

²⁸⁶ *Ibid*, p. 250

deseo”, Lacan elabora el grafo del deseo para explicar el recorrido del sujeto en la consecución de su deseo, mismo que se da en el Otro y desde el Otro como lugar simbólico que le estructura.

En el enlace de los tres registros Imaginario, Simbólico y Real aparece el Síntoma como metáfora de un Deseo inconsciente y no permitido que provoca conflicto al sujeto que lo sustenta. Este trayecto por el desciframiento de los síntomas permitirá a su vez transitar la realidad psíquica, donde la fantasía tiene su función en la economía del sujeto y se enlaza con la elaboración fantasmática que permite la negociación entre el deseo y el goce. El goce remite a un más allá del principio del placer que no es posible simbolizar y que, como hemos visto, pertenece a la esfera de lo real.

La dimensión de lo real en la clínica, no remite precisamente al bienestar del sujeto, sino a la verdad de lo que el sujeto es y no es, al ubicarse en el lugar de lo simbólico abre la puerta al deseo que se muestra no solo en la cadena significativa, sino lo que hay detrás de ella, *“El arroyuelo donde se sitúa el deseo no es solamente la cadena significativa, sino lo que corre por debajo de ella (y por arriba) que es, hablando estrictamente, lo que somos y también lo que no somos, nuestro ser y nuestro no-ser...”*²⁸⁷. Lacan afirma en el Seminario 7 sobre la Ética del Psicoanálisis, que lo real se expresa en la dimensión de la experiencia trágica de la vida, en tanto en ella se articula el deseo con un más allá del Principio del Placer y compromete al analizante y al analista en la dialéctica de deseo y goce, de libido y pulsión de muerte.

La dimensión de lo real en la clínica aparece en la falta de palabras para explicar algo que provoca angustia y que generalmente tiene que ver con sucesos traumáticos permeados por la sexualidad, la muerte, el horror y el delirio. En estas experiencias aparece el objeto de la angustia, y la falta de mediación posible, es lo que lo hace esencialmente traumático. Lo real remite a todo lo que es imposible de soportar, lo que se presenta como emergencia, como desborde del cuerpo o del pensamiento, donde el síntoma ya no es una metáfora, sino una manera de arreglárselas, una alternativa frente a la angustia, una forma de apañárselas con lo real, del mismo modo como el artesano se hace a la materia con la que trabaja.

²⁸⁷ Lacan, J. (1959-1960) La ética del psicoanálisis. *Op. Cit.* Vol. 7, p.382

Desde la perspectiva de lo real, el analista no se ubica más como *Sujeto Supuesto Saber*, sino que enlaza su posición simbólica con el lugar mismo de la falta, del vacío que representa el *objeto a*, función que remite al desamparo del analista que es rehén de la palabra del sujeto, que hace semblante de objeto y acepta ser prenda de un saber inconsciente que amén del deseo, también de un más allá del Principio del Placer, para acabar como resto que cae y que impulsa nuevamente el deseo del sujeto.

Lacan al hablar de la posición ética del analista, lo remite a este lugar de falta, no ya desde la dimensión simbólica sino desde la dimensión de lo real. Llama a esta función *deseo del analista*, concepto que se retomara más adelante en la teoría del deseo de Lacan.

Pero también para el analista la clínica como imposible de soportar va de la mano de la clínica como un intento de ordenar lo real, de buscarle una ley, de simbolizarlo. Toda clasificación es eso: una tentativa de regular lo real, de enmarcar lo imposible de soportar, lo imposible de la práctica del psicoanálisis. Y si clasificamos síntomas, tejemos nudos, dibujamos cuadros, escribimos fórmulas, trazamos grafos, es porque diariamente hacemos la experiencia – insoportable a veces- de que en lo real no hay clases, solo piezas sueltas.²⁸⁸

Los tres registros Real, Simbólico e Imaginario se enlazan como posiciones que permiten al sujeto hacerse cargo de su historia, de su palabra, de su deseo, así como de responsabilizarse al mismo tiempo de sus formas de goce. Según Lacan, estos tres registros se anudan sin poderse separar, hacen posible el funcionamiento psíquico, de modo que sus mecanismos puedan ser leídos y analizados desde estos registros del lenguaje, o sea en sus aspectos imaginarios, simbólicos y reales.

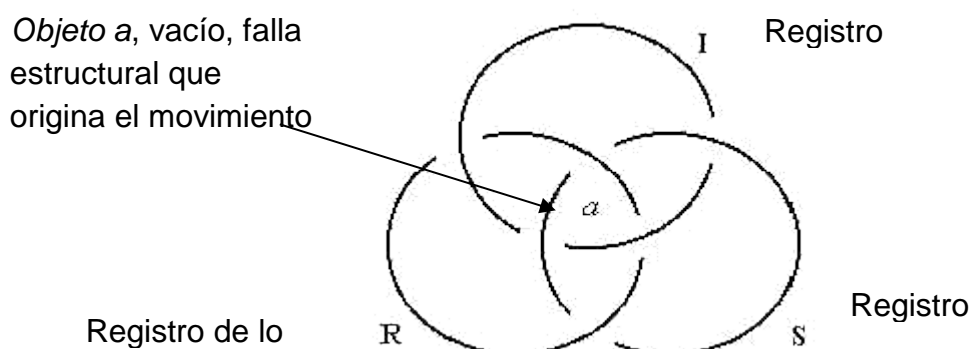
El primer nudo borromeo²⁸⁹, lo propone Lacan para representar la estructura que constituyen estos tres registros del ser hablante en la experiencia

²⁸⁸ Brodsky, Graciela (2014) *La clínica y lo real*. IX Congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP), 14-18 abril 2014, París, Palais des Congrès.

²⁸⁹ El nudo borromeo (o Borromi) una estructura topológica muy simple constituida por tres aros flexibles que se intersectan entre sí, enlazados de tal manera que, si se saca uno de los tres, se liberan los otros dos, estrictamente hablando, es un enlace. Proviene del símbolo heráldico de la familia nobiliaria italiana apellidada Borromi. Las superficies que describen estos anillos forman una zona central de intersección, similar a un diagrama de Venn. La propiedad de que, al cortar uno de los anillos, se liberen los otros permite producir nudos borromeos de cuatro anillos o más. (En un sentido más estricto, la figura es una cadena, no un nudo, ya que

analítica, cuyo triple enlace define el objeto a, “causa del deseo” alrededor de cual, la posición subjetiva va encontrando su dinamismo. Este nudo ocupa un lugar central en la teoría sobre la formalización de la estructura psíquica del sujeto.

Después del trabajo de los tres registros en sus primeros seminarios, los aborda como nudo borromeo en los últimos, impartidos entre 1971 y 1975. La teoría de los nudos marca una importante evolución en el pensamiento de Lacan, pasa de una focalización inicial en las superficies (banda de Moebius, toro) a una topología que le permite explorar el orden simbólico y su interacción con lo real y lo imaginario que no es metafórico, no representa la estructura, sino que es esa estructura.



El trabajo con la palabra que se realiza en el psicoanálisis hace necesaria la consideración de los registros discursivos, tanto del analizante como en la posición del analista. Al introducir al analizante en la regla fundamental para expresarse totalmente en la palabra, se crea la situación analítica que lo retrotrae a la posición del infante desamparado donde el despliegue de su palabra es ya una demanda. Una demanda de respuesta a su sufrimiento apuntalada por otras más profundas, como la de ser curado, de ser feliz, de ser revelado a sí mismo, o convertirse en analista entre otras y que tienen origen en el malestar. El proceso de transición de un registro a otro en el discurso del analizante depende de la emergencia de la transferencia, primer movimiento subjetivo que implica para el

interconecta varias hebras. Incluso la cadena se puede ampliar indefinidamente, añadiendo anillos, sin que pierda por ello su cualidad esencial: que, si se corta cualquier anillo, se separa toda la cadena). https://es.wikipedia.org/wiki/Nudo_borromeo

hablante hacerse preguntas sobre su implicación en aquello de lo que se queja y orientarse hacia su verdad en los intentos de respuesta.

La cuestión de cómo el analista se compromete con estas demandas es crucial. Desde el primero de sus seminarios sobre los *Escritos técnicos de Freud*,²⁹⁰ Lacan acusa a las principales escuelas psicoanalíticas de su época de reducir el psicoanálisis al orden imaginario, debate sobre la contratransferencia y la sitúa en este orden, donde la posición y las intervenciones del analista están basadas en la realidad, en los sentimientos y en los procesos conscientes, manteniendo como meta del psicoanálisis la identificación con el analista en esa relación dual.

En su segundo seminario sobre *El yo en la teoría de Freud*²⁹¹, menciona como Freud se dedicó a abolir la fortaleza del yo comandada por la razón y el control voluntario de los impulsos anímicos, para afirmar su dependencia y su funcionamiento bajo las lógicas de las formaciones del inconsciente. Con ello confirma la naturaleza imaginaria del yo que implica la alienación y la agresividad, que revela su función de desconocimiento y de identificación, así como el amor de la relación dual que se basa en el reconocimiento mutuo cuyo fundamento se encuentra en el estadio del espejo. Este reconocimiento también es buscado por el analizante en la situación analítica cuando despliega sus síntomas y se introduce en el camino de la demanda.

En su tercer seminario sobre *Las Psicosis*²⁹² despliega el orden simbólico y su diferenciación del orden imaginario y establece la necesidad de ubicar la posición del analista desde el registro de lo simbólico. Lacan abordó la dimensión de la carencia que constituye a todo sujeto en su cuarto seminario sobre *La relación de objeto*,²⁹³ En el registro de lo imaginario enlaza la necesidad derivada de la privación, el registro de lo simbólico enlaza la demanda y su frustración que provoca su repetición y el registro de lo real enlaza la castración con el deseo. Así, insistió en que el sujeto se constituye a partir de lo que no tiene, y en su entramado corpóreo, anímico, intelectual y lingüístico imposible de separar, es su

²⁹⁰ Lacan, J. (1953-1954) Escritos técnicos de Freud. *El Seminario*. Vol. 1 Argentina: Paidós

²⁹¹ ——— (1954-1955) El yo en la teoría de Freud, *Op. Cit.* Vol. 2

²⁹² ——— (1954-1955) Las Psicosis, *Op. Cit.* Vol. 3

²⁹³ ——— (1955-1956) La relación de objeto. *Op. Cit.*, Vol. 4, p.61

carencia la que lo mantiene vivo e impulsa el deseo, punto nodal de la dinámica psíquica del sujeto en psicoanálisis.

El psicoanálisis parte la representación que el sujeto hace de su vacío a través de los significantes que toma del Otro materno y del Otro social con los que se ha identificado sin saberlo, estos significantes constituyen un eje a modo de –significantes-amo– que apuntan a la singularidad del sujeto en el sufrimiento de sus síntomas y, por lo tanto, a sus ataduras de goce, significantes que pueden doler al verse identificado con ellos, pero cuyo atravesamiento pueden liberarle al mismo tiempo para hacerle pasar del goce al deseo. Es ahí donde la experiencia del psicoanálisis y su dificultad pueden dar lugar al juicio responsable del sujeto ante su goce.

El deseo, el síntoma y el goce se encuentran íntimamente entrelazados. El síntoma es una representación simbólica, una forma de expresar los deseos de un modo velado, una metáfora que nace del conflicto que experimenta el sujeto entre sus deseos inconscientes y la ley, representada en las prohibiciones internalizadas de la sociedad y la cultura. Pero el deseo es algo que no se puede representar, solo revela la existencia de un vacío, la falta de algo que puede tener muchas caras y cuyos semblantes solo se desplazan de uno a otro para mantener vivo el impulso de la búsqueda.

El deseo inconsciente en psicoanálisis acentúa la *falta en ser* en relación al Otro, es decir, que el sujeto intenta *ser*, sin lograrlo, lo que obtura la falta del Otro de la que no quiere saber nada. Por tanto, el deseo sólo puede nacer de un vacío, de una pregunta en la relación simbólica con el deseo del Otro que ofrece ese espacio al sujeto, quien, mediante las operativas de alienación y separación, generar un nuevo enlace, un significante de producción propia que de testimonio de su deseo y su inevitable repetición.

La repetición está en el impulso del deseo, pero también en el mantenimiento de los síntomas que le conducen a la experiencia de goce. Es aquí donde la lucha entre la libido y la pulsión de muerte llevan a la dialéctica entre deseo y goce, que se hace posible por las configuraciones fantasmáticas en relación al deseo del Otro, y mediada por el síntoma que aparece primero como metáfora del deseo y luego como la manera de afrontar lo real.

Entre los nudos que se proponen en los capítulos precedentes están la tríada freudiana de *trauma-seducción-fantasía* que se vislumbra claramente en la clínica de la violencia sexual; el enlace de los elementos necesarios en la formación de los analistas y que se propone también para los profesionales de la salud mental: *análisis-formación teórica- supervisión*, la consideración del nudo borromeo lacaniano *Imaginario-Simbólico-Real* en las dimensiones del decir y donde también sitúa la tríada freudiana *Inhibición-Síntoma-Angustia* en la clínica.

Estos nudos se presentan como herramientas conceptuales que ayudan a pensar la clínica psicoanalítica en general, incluyendo los casos de violencia sexual que se atienden desde otros saberes, pues ayudan a escuchar de otro modo y a cuestionar lo ya establecido en relación al tratamiento dado, a abrir posibilidades donde la subjetividad pueda tener mayor cabida y su reconstrucción permita al sujeto afectado, asumir las huellas dejadas por el evento traumático, su simbolización y su bordeamiento para la creación de una nueva ficción que le permita seguir deseando. Así, luego de haber mirado los síntomas que se presentan como hilos rotos y rasgaduras en el tejido social, los intentos de contener los deshilachados que se producen en las inconsistencias de los tratamientos, se han propuesto nuevos enlaces y nudos para entretejer una estructura más hilvanada que cosida, puesto que no ignora su fragilidad y deja los típicos huecos de la elaboración artesanal, por cuyos vacíos circula el deseo en la singularidad de cada caso.

En el presente capítulo se ha abordado los elementos teóricos básicos que, como anudamientos indispensables forman parte de las herramientas del oficio. Dichos elementos se amarran conceptualmente para trabajar los casos clínicos que en el presente trabajo, se concretarán y profundizarán en el capítulo 6. Antes de llegar a ello, en el siguiente capítulo se retoma la teoría del deseo en Freud y en Lacan para fundamentar el eje de la ética del psicoanálisis y el desplazamiento de la posición del analista, desde la contratransferencia al deseo, deseo del analista que Lacan vislumbra como la posición adecuada para la escucha del inconsciente y la re-constitución subjetiva.

CAPÍTULO 5: DE APRENDIZ A TEJEDOR

5.1. El desenredo de la posición del analista

a. Teoría del deseo en Freud

“Y, en realidad, la teoría de todos los síntomas psiconeuróticos culmina en una sola tesis: también ellos tienen que ser concebidos como cumplimientos de deseos de lo inconsciente”.
Freud. La interpretación de los Sueños

Habiendo desplegado algunas coordenadas teóricas como herramientas en el oficio del analista, abordado la problemática de la posición del analista a través de las consideraciones sobre la transferencia y la contratransferencia en Freud y luego en Lacan, es importante volver nuevamente a Freud para introducir el elemento del deseo que para Lacan posteriormente, será el fundamento de la posición que propone para el analista en su clínica. Este ir y venir entre Freud y Lacan nos ayudará a salir del enredo en el que el analista de todos los tiempos se introduce a la hora de dilucidar la naturaleza de su posición y de su acto.

Es pertinente señalar que hubo una evolución de los métodos en las curas que emprendía y que los contactos personales en su formación tuvieron para él una fuerte influencia como lo fueron Charcot y Fliess. La relación de Freud con Fliess, es la primera evidencia del despliegue de la transferencia desde su inicio hasta su fin y, aunque no puede decirse que haya quedado del todo concluido, los restos transferenciales se convirtieron en una transferencia de trabajo que partió de la experiencia misma de su propio deseo y cuya teoría se perfiló a partir del ejercicio tratamiento de las pacientes histéricas, experiencia compartida en su momento con Fliess, lo mismo que sus elaboraciones teóricas sobre la primera tópica como estructura de la psique humana.

El *deseo inconsciente* como uno de los conceptos fundamentales de la teoría freudiana, emerge en su obra “La interpretación de los sueños”²⁹⁴ donde

²⁹⁴ Freud, S. “La interpretación de los sueños”, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, vols. IV-V.

realiza un análisis sobre sus propios sueños y los de sus pacientes. Explica los posibles orígenes de la formación del sueño: como satisfacción no obtenida de las circunstancias diurnas que quedan pendientes y deseos que surgen en el sueño de la noche, cuya repetición viene desde la infancia o son expresión de un deseo desestimado y sofocado que solo de noche se pone en movimiento.

De este modo, Freud expone la transparencia del deseo en los sueños infantiles y recurre a la explicación del aparato psíquico que parte de la primera tópica: inconsciente, preconsciente y consciente, en cuyo dinamismo e interrelación se forman los mecanismos que lo revelan. Sin embargo, afirma que en los adultos, el deseo que quedó pendiente de cumplimiento durante el día, no basta para crear un sueño, cuando mucho lo incita, pero lo que lo despierta es un deseo paralelo, inconsciente, mediante el cual se refuerza, un deseo sofocado que está alerta, dispuesto a procurarse expresión cuando se le ofrece la oportunidad de aliar su intensidad a una menor, a fin de evitar la totalidad de la censura que lo sofoca.²⁹⁵

En el cumplimiento de deseo no solo entran afectos placenteros, sino también afectos displacenteros que contribuyen a la formación del sueño. Para explicar como sucede esto, Freud expone ampliamente los mecanismos que lo generan, entre los que se encuentran la condensación, el desplazamiento, y la trasposición en lo contrario, mecanismos que él llama *trabajo del sueño* y en los que interviene de manera inevitable la represión y la censura. De modo que, para ocultar el deseo, lo inconsciente se manifiesta en la realización disfrazada del cumplimiento de un deseo reprimido.

Freud supo escuchar el contenido del sueño como un saber inconsciente encapsulado en los síntomas que provocaba el conflicto psíquico, debido a que su contenido –en la mayoría de los casos– era de carácter sexual, y por tanto, obstaculizado por la moral de la época, no permitía su expresión. En el proceso de represión, ese contenido se desplazaba al cuerpo en forma de síntomas conversivos. Hacer hablar a sus pacientes sobre sus síntomas, permitía el despliegue de este saber encapsulado que los constituía, libertad discursiva que solo se producía a través del vínculo generado por la transferencia.

²⁹⁵ *Ibid*, Vol. V, pp. 544-545

El fenómeno de la transferencia, también inconsciente, aunado a la posición neutra del analista en la escucha, permitía que el saber sobre el síntoma emergiera en las asociaciones de las pacientes como manifestación de un deseo inconsciente que, articulado en el lenguaje daba pie a la revelación de su verdad. Freud mismo realiza ya un anudamiento entre el fenómeno de la transferencia con el deseo cifrado en el síntoma histérico y admite que se vio obligado a hablar de la transferencia cuando escuchó a su paciente Dora —de quien escribe su historial²⁹⁶— en el análisis de sus sueños y la particularidad de la relación establecida con él.

Corroboró en su ejercicio clínico, que la naturaleza sexual del deseo inconsciente, que resultaba incompatible con las exigencias sociales, lo hacía inconfesable y al reprimirse se convertía en los molestos síntomas que trataba. En su escucha descubrió el lazo del deseo con la sexualidad, que sofocada, emergía y se reconocía en su articulación en la palabra. Pero no llega a ello fácilmente, descubre que el rodeo por la palabra se presenta como una dificultad, como uno de los disfraces de la censura²⁹⁷ que da cuenta del deseo encubierto y que sólo sale a la luz en el lenguaje de manera sorpresiva. Fue por esta razón, entre otras, que establece la asociación libre como regla fundamental, para hacer surgir las significaciones que le dan sentido a los síntomas y que revelan al sujeto ese deseo que el trabajo simulador del sueño ha enmascarado bajo impresiones provenientes de los restos diurnos, imágenes enigmáticas, inofensivas o angustiantes. Enfatiza además, que el carácter infantil de los sueños no deja de insistir y que determina, sin que el sujeto lo sepa, su propio destino.

A lo largo de su obra, Freud trabajó la diversidad de deseos que se manifiestan en el sueño como los deseos eróticos y autoeróticos, los deseos infantiles, los deseos de muerte y los deseos incestuosos cuyo común denominador es su carácter sexual que es siempre reprimido, todo su trabajo clínico responde a la naturaleza de dicho deseo. Escuchando los pesares de sus pacientes en los laberintos de sus discursos, dio cuenta de sus múltiples manifestaciones —que en las estructuras clínicas son tan diversas— y que lo condujeron a los caminos del deseo en la neurosis que a la vez constituían su paradoja: el deseo de tener un deseo insatisfecho o el deseo de tener un deseo

²⁹⁶ S. Freud, “Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)”, *op. cit.*, vol. VII, p.103.

²⁹⁷ Cfr. “La interpretación de los sueños”, *Op. cit.*, vol. V. p. 558.

imposible. En el relato de sus casos clínicos tales como el de Dora, el Hombre de las ratas, el pequeño Hans, la joven homosexual entre otros, expone el lazo del deseo inconsciente con el lenguaje, la paradoja del deseo humano que se expresa en sus contradicciones, se busca y se evita, libera al sujeto y lo somete en su búsqueda al mismo tiempo, una búsqueda que nunca se concluye pero que lo mantiene en movimiento como sujeto deseante.

Entre las diversas manifestaciones de lo inconsciente, Freud no solo habló del sueño como manifestación de un deseo reprimido, sino también manifestaciones que parten de la vida cotidiana tales como el olvido, el lapsus, el trastabillarse al hablar, el desliz en la escritura y la lectura, operaciones fallidas y el chiste, entre otras, modos determinados por la censura en los que el deseo inconsciente emerge sorpresivamente. Abordó estos fenómenos amplia y detalladamente en sus obras “Psicopatología de la vida cotidiana”²⁹⁸ y “El chiste y su relación con el inconsciente”,²⁹⁹ esclareciendo los mecanismos para su formación, y que no tienen otra finalidad que evitar el displacer en la expresión del deseo inconsciente de una manera encubierta o en forma de transacción como lo es en el síntoma.

Dada la plena identidad entre las peculiaridades del trabajo del sueño y las de la actividad psíquica que desemboca en los síntomas psiconeuróticos, nos juzgamos autorizados a transferir al sueño las conclusiones que la histeria nos fuerza a extraer.[...]esa elaboración psíquica anormal de un itinerario normal de pensamientos sólo ocurre cuando éste último ha devenido la transferencia de un deseo inconsciente que proviene de lo infantil y se encuentra en la represión. Con arreglo a este enunciado, construimos la teoría del sueño sobre el supuesto de que el deseo onírico pulsionante proviene en todos los casos del inconsciente...”³⁰⁰

Freud descubrió el deseo como proveniente de lo inconsciente y lo articuló a la pulsión que busca la satisfacción mediante la descarga de energía acumulada que provoca el displacer generando tensión y tendiendo a la satisfacción mediante su descarga a través de las manifestaciones de lo inconsciente. De este modo equipara el deseo con esa fuerza pulsional que comandada por el principio

²⁹⁸ S. Freud, “Psicopatología de la vida cotidiana”, *op. cit.*, vol. VI.

²⁹⁹ *Ibid.* “El chiste y su relación con el inconsciente”, *Op. Cit.*, vol. VIII.

³⁰⁰ *Ibid.* “La interpretación de los sueños”, *Op. Cit.*, vol. p. 587.

del placer, regresa y se repite de manera continua en la vida de los seres humanos. De este modo, no solo los sueños constituyen el cumplimiento de un deseo inconsciente, sino también los síntomas, cuyos mecanismos para su formación son idénticos a los del sueño y tienen por motor la fuerza pulsionante del deseo.

La elaboración de la teoría del deseo en Freud, continuada y profundizada posteriormente por Lacan, ofrece entonces una salida a los vericuetos confusos de la posición del analista frente a sus manifestaciones en las sesiones de análisis. Si esta posición se da desde la contratransferencia, –como expresión de la resistencia del analista a la transferencia del paciente– se evita el despliegue transferencial del deseo inconsciente, obtura sus efectos de verdad subjetiva y provoca una repetición del síntoma. Pero si la contratransferencia se controla y se trabaja, la posición del analista se mantiene neutra, lo que permite trabajar desde el deseo.

Freud mantuvo una posición ética comprometida con el deseo y su verdad reprimida: por un lado trataba de reconocer las fantasías inconscientes que mantenían la represión del sujeto y por el otro, intentaba legitimar su práctica analítica y darle un lugar social. Esta doble dimensión permitió a Freud ahondar en el conflicto entre el “principio del placer” que regula el deseo inconsciente y el “principio de realidad” que regula la convivencia social y sus instituciones, de ello surge su primera tópica. Este conflicto entre el deseo inconsciente y las demandas de la realidad conlleva muchos mecanismos de autoengaño para el sujeto, por lo que se vale de la tragedia griega de *Edipo Rey* para mostrar como las confusiones y peripecias los hacen evidentes.

En sus elaboraciones teóricas, Freud se esforzó por dar a conocer sus conocimientos progresivos a un público tan amplio, que tuvo que auxiliarse de ejemplos de la literatura para explicar y ejemplificar ciertos fenómenos psíquicos, y recurrió a los mitos como un modo de poner en lo simbólico problemas de la naturaleza humana que no tienen solución. Estos problemas los explicó con el caso del complejo de Edipo,³⁰¹ el complejo de castración³⁰² y el

³⁰¹ Cuyo descubrimiento se da a partir de su autoanálisis, del cual da testimonio en su carta 71, del 15 de octubre de 1897 dirigida a Fliess y más tarde, en 1910, en sus Conferencias sobre

mito originario de Tótem y Tabú³⁰³ entre otros, donde abordó problemas relacionados con el deseo que, como explica al o largo de su obra, surge a consecuencia del displacer, de la falta de satisfacción o de la satisfacción incompleta, de ese resto de insatisfacción que permanece a pesar del cumplimiento de la necesidad y que impulsa nuevamente a una satisfacción total, que como meta final, no se logra del todo.

b. Teoría del deseo en Lacan

“Que el sujeto llegue a reconocer y nombrar su deseo: ésta es la acción eficaz del análisis. Pero no se trataría de reconocer algo que está totalmente dado[...] Al nombrarlo el sujeto crea, engendra una nueva presencia en el mundo”.

Lacan, “El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica”.

Tal como Freud siempre lo dijo, la elaboración teórica del psicoanálisis no estaba del todo concluida, de modo que las elaboraciones teóricas realizadas por los psicoanalistas post-freudianos pueden considerarse como intentos de resolución de lo que en la teoría aún no ha quedado del todo claro. La posición del analista en la dirección de la cura no es la excepción y hace necesaria la consideración de otros elementos estudiados por Freud, pero no considerados en esta problemática, como son la necesaria distinción entre el deseo y la pulsión.

Respecto de esta distinción, fue Lacan quien señaló en esta aporía a lo largo de sus seminarios, la importancia de la profundización en la teoría del deseo como eje fundamental de la práctica analítica y, sin descartar lo que Freud inauguró como punto central del psicoanálisis, aportó nuevos elementos. Entre estos elementos elaboró la articulación del deseo en sus tres registros que le permitieron dilucidar su verdadera naturaleza y su influencia en la posición del analista.

psicoanálisis que utiliza el mito de Edipo Rey para hablar de los deseos incestuosos. Cfr. “Cinco conferencias de introducción al psicoanálisis”, *op.cit.*, vol. XI, p. 43.

³⁰² S. Freud, “Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci”, *op.cit.*, vol. XI, p. 89.

³⁰³ S. Freud, “Tótem y Tabú”, *op.cit.*, vol. XIII.

Al retomar las elaboraciones de Freud sobre la pulsión y sobre el deseo, consideró importante darle a cada elemento su lugar, y a fin de abandonarlos en la dinámica del sujeto y afirmó que:

Otra topología es necesaria para no equivocarse en cuanto al lugar del deseo. Borrar al deseo del mapa, cuando ya está recubierto en el paisaje del paciente, no es la mejor continuación que se puede dar a la lección de Freud.³⁰⁴

En la década de 1950, Lacan desarrolló su teoría del deseo desde la dimensión de los tres registros –Imaginario, Simbólico y Real–³⁰⁵, ampliando la perspectiva de lo que desde cada registro podría considerarse. En los primeros momentos de su elaboración se centró en oponer los registros imaginario y simbólico para diferenciar la necesidad de la demanda respectivamente, y de esta manera ver con más claridad la posición misma del deseo.

Una primera lectura de Lacan sobre el deseo está enmarcada en la dimensión imaginaria del deseo, donde éste es deseo de reconocimiento, en ella se vio influenciado por su lectura de Hegel a través de Kòjeve, abordó la “Dialéctica del amo y del esclavo”³⁰⁶, donde Kòjeve afirma que, para que el sujeto sea tal, el deseo juega un papel importante. Analizó en esta obra que se requiere de agresividad, de cierta destrucción para transformar y apropiarse de lo que se desea, lo que implicaba en cierta medida, la dimensión de la muerte.

Lo característico del deseo humano es desear algo que es deseado por otro, baste ejemplificar con un niño que desea un objeto para que otro lo desee también en un intento de arrebató. El deseo de uno es el deseo del otro y la introducción de la conducta agresiva para arrebatar el objeto introduce al deseo en la dimensión del reconocimiento. O sea que, la medida de reconocimiento del propio deseo es desear lo que el otro desea, y en la lucha por el objeto de se da la del puro prestigio, deseo que no es otra cosa que el deseo de reconocimiento.

³⁰⁴ J. Lacan, “La dirección de la cura y los principios de su poder”, *Escritos 2*, Siglo XXI, México, 1999, pp.581-2.

³⁰⁵ Revisión teórica en el capítulo. 3, del presente trabajo, p. 203s.

³⁰⁶ Friedrich Hegel, filósofo alemán (1770-1831) publica la *Fenomenología del Espíritu* en 1807. En el capítulo 4 de esta obra desarrolla la dialéctica del amo y del esclavo, donde desarrolla el conflicto interno entre el deseo de sí y el deseo del otro, la necesidad de reconocimiento, ambivalencia entre la necesidad del deseo del otro y el deseo de destruirlo. La lectura que Lacan hace, la realiza a través de los seminarios tomados con Alexandre Koye y la lectura que éste hace de la obra de Hegel.

[...] y si evocamos la intuición que domina a toda la especulación de Hegel. El deseo mismo del hombre se constituye, nos dice, bajo el signo de la mediación; es deseo de hacer reconocer su deseo. Tiene por objeto un deseo —el del otro—, en el sentido de que el hombre no tiene objeto que se constituye para su deseo sin alguna mediación, lo cual aparece en sus más primitivas necesidades [...]³⁰⁷

Desde este primer momento Lacan pudo afirmar que no hay un objeto que constituya el deseo del sujeto, sino el mero hecho de que, lo que se desea sea deseado por otro, produciendo en el plano imaginario una lucha de deseos que reclaman un reconocimiento y un lugar en la esfera de la convivencia humana de la que no puede eludirse la dimensión de la agresividad. Esta dimensión conlleva como salida, un carácter simbólico, la realización de un pacto en el que los sujetos puedan darse el reconocimiento mutuo que su deseo les merece.

Sin duda ha establecido (Freud) como regla que hay que buscar siempre en él (el sueño) la expresión de un deseo[...] en ninguna otra parte aparece más claramente que el deseo del hombre encuentra su sentido en el deseo del otro, no tanto porque el otro detenta las llaves del objeto deseado, sino porque su primer objeto es ser reconocido por el otro.³⁰⁸

Aunque Lacan consideró necesaria la oposición y distinción de las dimensiones imaginaria y simbólica en lo que al deseo se refiere, y en un segundo momento no deja de aludir a ésta última como continuación necesaria: si el deseo del sujeto es el deseo del otro y pide un reconocimiento, se ponen en juego de manera inmediata los aspectos del lenguaje que introducen al sujeto en el campo simbólico y, al articular el deseo con el lenguaje dirigido al Otro, toma como punto de partida del deseo, la asunción de una carencia. Símbolos como representaciones, como señal de ausencia de algún objeto, falta que evoca lo ausente, causa del deseo.

La teoría del deseo de Lacan parte de las elaboraciones freudianas del Complejo de Edipo y la castración que resalta la dimensión de la carencia en la constitución subjetiva. Como hemos visto en el capítulo anterior, da importancia a la distinción entre necesidad, demanda y deseo conceptos que, entrelazados con

³⁰⁷ J. Lacan, "Acerca de la causalidad psíquica", *Escritos*, Vol. 1. Siglo XXI. México, 1999, p.171-2.

³⁰⁸ J. Lacan, "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", *Ibid*, p.257.

los tres registros (Imaginario-Simbólico y Real), permiten distinguir la naturaleza misma del deseo que nace de su relación con el Otro, que lo lanza a la inevitable repetición en busca del objeto primordial y a esa conexión que se repite el proceso.

Es decir, surge la conexión del deseo con la demanda, así como la demanda va más allá de la necesidad, el deseo va más allá de la demanda. El *deseo* entonces busca obturar el vacío que lo origina y que no está cimentado ni en la necesidad ni en la demanda. Por ello, Lacan, siguiendo a Freud, enfatiza la importancia de separar la necesidad de la pulsión. Mientras que la necesidad tiene un objeto específico, la pulsión no lo tiene y está referida más bien a la constancia del empuje que hace aparecer nuevos estados de tensión, en busca de un objeto cuya especificidad no existe. La demanda de algo que no existe es lo que constituye la dimensión real del deseo. La constancia del empuje que caracteriza a la pulsión, va a relanzar el deseo por lo que también insistirá más adelante en su dimensión real para diferenciarlo de la pulsión. Elabora así en el seminario de la angustia el concepto de *objeto a* como su causa, como aquello que es eternamente faltante y como causante del deseo:

El objeto *a* es lo que falta, es no especular, no se puede aprehender en la imagen... La relación recíproca entre el deseo y la angustia se presenta en este nivel específico bajo una forma radicalmente enmascarada, ligada a las funciones más engañosas de la estructura del deseo.³⁰⁹

Así como no hay objeto adecuado para la pulsión, no hay objeto adecuado para el deseo. El empuje constante de la pulsión relanza el deseo en búsqueda de su objeto que siempre falta y que cuando se cree haberlo encontrado ya es deseo de otra cosa, por lo que cualquier objeto sólo puede ser un *objeto metonímico* del deseo. De esta manera, el objeto de deseo hace referencia al objeto de la primera satisfacción, objeto que falta, objeto perdido que causa a su vez el deseo mismo.

El sujeto, sin saber lo que le falta al Otro, siempre preguntará por su deseo que se articulará constantemente con su demanda. Sin embargo, el sujeto llega a perderse en la repetición de sus demandas pensando que las respuestas obtenidas satisfacen de un modo u otro su deseo y, resulta que, al cabo de

³⁰⁹ J. Lacan, "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", *Escritos 1*, p. 275.

recibir las siempre existe una diferencia entre lo que se demandó y lo que se recibió, diferencia que mantiene viva la búsqueda, reafirma que su deseo siempre es deseo de otra cosa y la pulsión lo relanza de nuevo.

Es aquí donde se interrelacionan el lenguaje, el inconsciente y el deseo: el deseo verdadero del sujeto es siempre inconsciente, hace que se desplace metonímicamente en busca de satisfacción, se ve atrapado en el molde de la demanda y articulado en la palabra. Con la ayuda de los recursos de la lingüística Lacan descubrió el deslizamiento del deseo a lo largo de la cadena significativa que se muestra en la asociación libre. Este desplazamiento del deseo de un significante a otro se fija en una palabra que representa momentáneamente el objeto deseable, palabra que nombra lo que hay que desear y que se va desplazando para mantener el deseo insatisfecho.

Habiendo articulado el deseo a la dimensión de la carencia, afirma que ésta es un efecto del lenguaje en el que los significantes que nombran el objeto de deseo son siempre desacertados e indestructibles, puesto que permanecen como “huellas mnémicas” en el inconsciente desde la infancia del sujeto. Es así como el neurótico se mantiene de ficciones y de la insatisfacción de su deseo que lo moviliza constantemente en su búsqueda continua, por ello, Lacan confirma que el deseo es metonímico por excelencia.

También afirma que el deseo neurótico necesariamente pasa por la castración y encuentra apoyo en la función del Nombre del Padre, función puramente simbólica que tiene sus bases en un deseo asumido. Ya Freud había destacado las figuras parentales con relación al destino y la providencia³¹⁰, destacando las figuras de Edipo y Hamlet como ejemplos claros de ello. Sin embargo, no significa que el psicoanálisis dé respuesta a ello, sino que apuesta al reencuentro del sujeto con su deseo y con los significantes que lo animan y constituyen su ley. La deuda simbólica que se instaure inconscientemente es producto de la función del Nombre del Padre y la metáfora paterna, implica la aceptación de la vida como un don y dicha metáfora rige la dinámica subjetiva que inscribe el deseo en esa deuda simbólica, es decir, como el precio que todo sujeto neurótico tiene que pagar por su acceso al deseo. La función del Nombre

³¹⁰ Cfr. S. Freud, “Tótem y Tabú” (AE, XIII) y “El porvenir de una ilusión” (AE, XXI).

del Padre ha emergido en el psicoanálisis como una verdad inconsciente movida por el deseo y elaborada a través del mito, como modo de solución dentro del campo simbólico en el que estamos inmersos.

Así, el deseo del que Lacan habla a partir de la experiencia psicoanalítica, no consiste en la búsqueda de una persona u objeto que aporte la plena satisfacción, sino la búsqueda de una posibilidad eternamente faltante, la felicidad posible a partir del reencuentro con el objeto perdido. El sujeto, al asumir su deseo ha de asumir la castración simbólica que lo sumerge en la dimensión de la carencia, o más bien de la “manquedad”³¹¹ y que lo mueve en su continua búsqueda. “El sujeto está siempre a distancia de su ser, y ese ser no viene a reunirse jamás con él, y por ello no puede hacer otra cosa que alcanzar su ser en esa metonimia del ser en el sujeto que es el deseo”.³¹²

Lacan como Freud, sostiene que el deseo inconsciente es esencial en la existencia humana y es la preocupación central del psicoanálisis, pues a pesar de la importancia que puedan tener los deseos conscientes, la adquieren solo en esa especie de rodeo imaginario que hace intentos de aproximación al deseo inconsciente y que traslucirá invariablemente su carácter sexual. Se ha abordado en el capítulo anterior la importancia del Complejo de Edipo en la constitución subjetiva y su devenir en la historia del sujeto, donde el nacimiento del deseo inconsciente surge de la interacción del sujeto con el deseo de la madre y la intervención del padre le remite a la ley a la articulación simbólica del deseo en el lenguaje.

Les recuerdo algo a lo que hay que volver una y otra vez, solo después de haber atravesado el orden, ya constituido, de lo simbólico, la intención del sujeto, quiero decir su deseo que ha pasado al estado de demanda, encuentra aquello a lo que se dirige, su objeto, su objeto primordial, en particular la madre. El deseo se articula. El mundo[...], no es tan sólo una *Umwelt* en el sentido de que ahí se

³¹¹ Término utilizado por Garate, I. y Marinas, J.M. en “Lacan en español” (p.117) como propuesta de traducción adecuada del francés “Manque” utilizado por Lacan para designar la dimensión de la falta, la carencia o déficit que sitúa al sujeto en la asunción de la castración simbólica que impulsa su deseo.

³¹² J. Lacan, “El deseo y su interpretación”, El Seminario. Libro VI. Inédito. Lacan Textual, v. 3.2, traducción de la Escuela Francesa de Buenos Aires, desgrabación traducida por Adriana Calceta, Hugo Levin y otros.

pueda encontrar con qué saturar las necesidades, sino un mundo donde reina la palabra, que somete el deseo de cada cual a la ley del deseo del Otro”.³¹³

Es así como queda establecido el lazo del lenguaje con el inconsciente, del deseo con el lenguaje y el orden simbólico, con la ley, con el Nombre del Padre que otorga cierta autorización al deseo y con la pulsión misma que lo relanza de manera continua, repetida al infinito.

En la elaboración de su teoría sobre el deseo, Lacan propone el deseo como deseo de ser deseado, el deseo de ser objeto del deseo del Otro que pone de manifiesto su “manquedad”, y se referirá siempre al deseo no en relación a un objeto, sino a esa “manquedad”, no por la cualidad de un objeto en sí mismo, sino por el hecho de que es deseado por otro, enfatizando así la dimensión social del deseo, que confirma que el deseo no es un asunto privado, sino que mantiene una relación con los deseos percibidos por otros sujetos. Es decir, la dimensión social del deseo se ve reprimida en la medida en que la sociedad misma surge de la represión y la censura de los deseos, más que de su satisfacción. Enfatiza el movimiento del deseo como un desplazamiento constante, como una metonimia en la que, cuando cree alcanzar lo que es su objeto de deseo, éste se desplaza, no es suficiente, el deseo es siempre deseo de otra cosa. Y puesto que no se puede desear lo que ya se tiene y, al ser siempre deseo de otra cosa, queda siempre insatisfecho, realizándose como tal no en su satisfacción sino en su continua reproducción.

Es hasta la década de 1960 que Lacan introduce en su enseñanza la dimensión real del deseo y con el avance de su seminario “La ética del psicoanálisis”³¹⁴ articuló ésta última como una ética del deseo considerando que la vía que introduce al puro deseo es un lenguaje que se manifiesta en un *bien-decir* sobre aquello que se transparenta en el deseo mismo. Si en su seminario anterior sobre el deseo, lo afirma como su interpretación, en el bien decir del deseo que abordó en el siguiente seminario, expresó su dimensión estética y su dimensión trágica. Comenta la tragedia griega de Antígona en la que la primacía del deseo (amor y lealtad al hermano a quien decide dar sepultura a pesar de las

³¹³ J. Lacan, “Las formaciones del inconsciente”, *op. cit.*, p. 194

³¹⁴ J. Lacan, “La ética del psicoanálisis”, *El Seminario 1959-1960*, Libro VII, Paidós, Buenos Aires, 1999.

ley establecida que se lo prohibía) conlleva funestas consecuencias y que, junto a la tragedia de Edipo (quien “no sabía” y cuyo deseo de saber lo conecta con la muerte), expresan la verdad de la condición humana como horror insostenible, desgracia de haber nacido según proclama Edipo, falta imborrable que hace de la vida una pesadilla y que pone al deseo puro en relación con la muerte, es decir, deseo primordial prohibido por la Ley y cuya trasgresión conlleva a la muerte.

Esta articulación deseo-ley-transgresión-muerte permitió a Lacan volver sobre la teoría de la pulsión en Freud, ya que las pulsiones parciales sometidas al principio regulador de menor tensión (placer-displacer) y que remiten a un más allá, Freud la nombrará más tarde como pulsión de muerte. Esta relación del deseo con la muerte va más allá de todo lo que sea del orden del Bien o de los bienes y de su servicio: como Edipo en Colona, solo y traicionado por los suyos, como Antígona ante Creón y ante el coro que experimenta temor y piedad, sentimientos cuya purificación en el espectador lo lleva más allá: al puro deseo en la asunción de su ser-para-la-muerte.

Así, después de considerar la dimensión de la manquedad en el deseo, la falta del objeto primordial y de un objeto adecuado para su satisfacción, Lacan confirmó la dimensión de vacío en el que se funda. Consideró la ética del psicoanálisis como la ética del puro deseo que sin dejar de tener un efecto libidinal, guarda una relación fundamental con la muerte. Y, distinguiéndola del deseo puro, plantea la ética psicoanalítica como la posibilidad de hacer emerger el deseo, es decir que, sin hacer ningún juicio sobre los deseos puros o impuros, puso en juego el nacimiento del deseo: está o no está ahí.

Resumiendo, Lacan consideró por tanto la pertinencia de diferenciar el deseo de la pulsión. Cuando distinguió el deseo de la necesidad y de la demanda, eliminó la necesidad de la articulación necesidad-demanda-deseo, ya que, al pasarse por el lenguaje queda sometida a la demanda que va más allá de la necesidad y alude a la prueba de amor que la satisfacción de las necesidades no cubren. Al eliminar a la necesidad de dicha articulación necesariamente tuvo que retomar la teoría freudiana de las pulsiones para poder articular el goce y distinguir el deseo de la pulsión.

Freud hizo una elaboración progresiva de su teoría de las pulsiones: de las pulsiones parciales provenientes de las zonas erógenas del cuerpo y remitidas a las pulsiones sexuales o de auto-conservación, pasó al dualismo entre las pulsiones de vida y pulsiones de muerte, para considerar posteriormente a la pulsión de muerte como la única pulsión predominante. Pero fue desde el dualismo de pulsión de vida-pulsión de muerte que Lacan re-conceptualizó la pulsión en los términos de una oposición entre lo simbólico y lo imaginario y no entre sus distintos tipos.

Sin embargo, al considerar que la pulsión tiende a ese objeto perdido para siempre, objeto que causa e impulsa el deseo, lo ubicó como un objeto que en la dimensión imaginaria del sujeto, se traduce en todos esos otros objetos parciales comandados por la pulsión misma (oral, anal, escópica e invocante)³¹⁵ y que son expresión de esa búsqueda continua. Para Lacan, todas las pulsiones parciales son pulsiones sexuales y toda pulsión es pulsión de muerte, puesto que se repite constantemente, digamos que en exceso y en última instancia es destructiva, goce que va más allá del principio del placer.³¹⁶

El empuje de la pulsión tiende al objeto faltante que causa el deseo y cuyas expresiones imaginarias hacen que siempre sean desacertadas en la satisfacción buscada, evanescente, pero ratificadas en la formación de un fantasma como su montaje, que vela la inexistencia de este objeto y que al mismo tiempo lo representa, dando cuenta de esa nada, de ese vacío que deja el objeto inexistente, que se desprende como resto entre lo que se demanda y se desea. Así es como Lacan enlaza la dimensión simbólica del deseo con su dimensión real, al plantear ese objeto perdido tan frecuentemente evocado en los sueños tras sus múltiples imágenes enigmáticas y confusas, que no hacen otra cosa que velar su carencia, su imposibilidad y la castración resultante de ella. La nada, como imposible de representar simbólicamente es la dimensión real del deseo, el objeto inexistente y eternamente faltante que causa el deseo del sujeto es lo que se denomina *–objeto a–*, invención de Lacan para nombrarla en el seminario X sobre “La angustia”.

³¹⁵ Lacan agrega otras dos modalidades de la pulsión (mirada y voz, referidas a la pulsión escópica y a la invocante respectivamente) en su seminario sobre “La angustia”, dictado hacia 1963.

³¹⁶ J. Lacan, “Posición del inconsciente”, en *Escritos*, tomo 2, Siglo XXI, México, 1999, p.827

Lacan, por tanto, resalta con Freud que la experiencia psicoanalítica pasa por el deseo como punto central, enfatiza los tres registros para abordar la importancia de la posición ética del analista y moverla desde el registro imaginario al registro real en la dirección de la cura, la cuestión está en si su posición favorece la emergencia del deseo o la obstaculiza misma que implica asumir el lugar de vacío, del *objeto a* que cause el deseo del sujeto en la asunción de su verdad.

c. Anudamiento: transferencia y deseo

Sin perder de vista los elementos que definen las distintas posiciones desde las que se desenvuelve la relación analítica –transferencia, contratransferencia y deseo– es necesario retomarlos para considerar su lugar en la posición de analista, ya que el anudamiento de la transferencia con la teoría del deseo, nos permitirá como una síntesis de los temas tratados, plantear nuevamente su ecuación. El fenómeno de la transferencia, sin la adecuada consideración de la teoría del deseo, desemboca en una posición limitada al registro imaginario, posición que se desarrolla desde la contratransferencia, misma que revela las dificultades que entrañan la integración de las intenciones, juicios, valores y prejuicios del analista ante el discurso del analizante, y que no constituyen otra cosa que su resistencia ante la emergencia del deseo inconsciente en el sujeto.

Desde esta perspectiva, vincular transferencia y deseo implica en la posición del analista, atravesar los registros de lo imaginario y lo simbólico para asentarse en la dimensión real del deseo. Esta posición desde la dimensión de lo real en la posición del analista ofrece un espacio al deseo del sujeto, experiencia que no elude por supuesto, ni la vertiente del amor, ni la vertiente de la sexualidad que se van tejiendo paulatinamente en el discurso.

Desde su primer seminario sobre los escritos técnicos de Freud³¹⁷, Lacan resalta la inconveniencia de las teorías sobre la contratransferencia, trabaja la teoría del yo en la obra de freudiana a fin de profundizar en las implicaciones clínicas cuando las concepciones erróneas desvirtúan la práctica analítica.

³¹⁷ J. Lacan, “Los Escritos técnicos de Freud”, *El Seminario 1953-1954*, Libro I, Paidós, Buenos Aires, 1996.

Aborda los elementos que constituyen la dimensión imaginaria de la transferencia que lo ubican en la posición del Sujeto Supuesto Saber, pasa luego a considerarla desde la dimensión simbólica para situarse desde la posición de ese Otro al que se dirige el discurso del sujeto en la consecución de su deseo, para al fin, desembocar en la dimensión real de la asunción de un vacío, lugar de *objeto* a que causa el deseo del sujeto, posición desde el registro de lo real que define como deseo del analista.

Al elaborar esa otra topología, la de los tres registros y ubicar en ellos el deseo, como lo esencial en el psicoanálisis, Lacan planteó otra posición para el analista, la que proviene de haber realizado el recorrido por la dimensión fantasmática que conllevó la búsqueda de su objeto y que desembocó en el saber de su inexistencia, experiencia de lo real que propició una continua actitud deseante, propia de sujeto que en la búsqueda de su verdad, asume su carencia y sus formas de goce en la consecución de su deseo. Desde aquí planteó esta nueva posición que llamó *deseo del analista* y que constituiría la función de soporte de la transferencia en la que puede desenvolverse esa metáfora del amor hasta su destitución. Así, el simple hecho (que no es tan simple) de que haya transferencia es suficiente para que el analista esté implicado en esa posición de puro deseo, de ser para el analizante el que contiene el objeto fundamental –el *agalma* que éste busca y le supone– revelando su carencia, la *manquedad* donde el sujeto encuentra un lugar para su deseo, relación transferencial de la que emerge el sujeto deseante.

A fin de cuentas ni los oídos más duros pueden dejar de entender que en la dificultad del abordaje de esos autores en lo referente a la contratransferencia, lo que constituye el obstáculo, es el problema del deseo del analista. [...] de los autores en cuestión [...] Lucy Tower, la más reciente de todos ellos, con la confesión muy profunda que hace de su experiencia, puede evitar situar las cosas en el plano del deseo. [...] Por otra parte, la cuestión de la contratransferencia no es verdaderamente el problema, porque la significación que adquiere se debe al estado de confusión en que nos la plantean. La única significación a la que ningún autor puede escapar es, precisamente, el deseo del analista.³¹⁸

³¹⁸ J. Lacan, "La angustia", *El Seminario 1962-1963*. Libro X, Paidós, Buenos Aires, 2006, p.163.

Con la introducción de este nuevo concepto, Lacan consiguió dejar inquietudes entre la comunidad analítica de su tiempo. Algunos grupos de psicoanalistas aceptaron sus cuestionamientos, pero no sus propuestas, otros los rechazaron por completo y en muchos quedó sembrado el deseo de saber. Desde el inicio, su preocupación por la formación de los analistas, le hizo elaborar progresivamente el concepto “deseo del analista” y, a través de los primeros once seminarios lo fue ubicando dentro del desarrollo de la teoría de la transferencia y de la ética del psicoanálisis como una ética del puro deseo. Una vez establecido este concepto, plantea posteriormente los problemas que en la clínica han de sobrellevarse desde esta función.

Alude a la importancia del significante en el plano simbólico que implica el análisis de discurso del sujeto para ubicar su posición frente al discurso del Otro, y a partir de ésta percatarse de las vías de su acción en el marco de la transferencia a lo largo de la dirección de la cura. En este análisis discursivo es en donde podrá renovar sus medios, es decir, las estrategias que le permiten sostener la demanda y mantener la transferencia que comienza con ella, a fin de realizar el recorrido del deseo con el sujeto en cuestión. Lacan enfatizó que sólo a través del surgimiento de la transferencia es posible sostener la cadena significativa proveniente del discurso del sujeto en su demanda dirigida al Otro, ya que ella le revelará algo de su verdad y de su soledad estructural que lo mantiene como sujeto deseante.

Al reflexionar sobre las posiciones desde la contratransferencia, Lacan pasa a considerar lo que puede estar en la preocupación de los psicoanalistas: lo que concierne al ser y quehacer del analista, la cuestión del saber hacer en su práctica analítica y el desenredo de las dificultades que se cruzan en su transcurso, preocupaciones que ubica la dimensión imaginaria, razón por la que se aboca a los problemas de la dirección de la cura³¹⁹ que surgen como inquietudes en la comunidad analítica internacional. En el contexto de la década de 1950, mira de manera crítica quién analiza, cómo se analiza, revisa conceptos fundamentales del psicoanálisis y procura una ética del psicoanálisis que se distinga del concepto de la ley moral.

³¹⁹ J. Lacan, “La dirección de la cura y los principios de su poder”, *Escritos 2*, Siglo XXI, México, 1999.

La experiencia moral como tal, a saber, la referencia a la sanción, coloca al hombre en cierta relación con su propia acción que no es sencillamente la de la ley articulada, sino también la de una dirección, una tendencia, en suma, un bien al que convoca, engendrado un ideal de conducta.³²⁰

Para Lacan, al basar sus elaboraciones teóricas en su relectura de Freud y en su práctica clínica, retoma en sus reflexiones la tradición filosófica para distinguir ante la comunidad de analistas entre la ética y la moral, entendiendo ésta última como un conjunto de normas que dirigen la conducta desde fuera o desde el interior, es decir, desde lo inconsciente. Ubicar al psicoanálisis desde los planteamientos de la moral sería hablar de una serie de ideales de conducta que podrían desglosarse en un manual operativo para el psicoanalista, lo que constituyó un conflicto insostenible debido al objeto de estudio del psicoanálisis mismo. Afirmó entonces que lo esencial de la experiencia psicoanalítica no es un patrón de conducta regido por una ley moral, sino la práctica de una ética que va más allá de la obligación misma y que se convierte más bien en una actitud ligada al deseo, desde donde elabora la posición del analista. “Para delimitar la originalidad de la posición freudiana en materia de ética, es indispensable destacar un deslizamiento, un cambio de actitud en la cuestión moral como tal”.³²¹

Así, al vincular ética y deseo, Lacan aclara que se trata del nacimiento del deseo como tal, de si la posición del analista lo asume y lo permite para el sujeto que se analiza, o lo obstaculiza bajo sus preocupaciones del saber hacer. Teniendo en cuenta que Freud en su momento, para enlazar el deseo con la posición ética del psicoanalista, afirmó que los excesos que se reprimen en el ser humano que busca su felicidad en el principio del placer, se manifiestan en los síntomas como formación del inconsciente ante el ejercicio de una moral que, en cada época, desemboca en un malestar en la cultura. Este mal estar que se da en los individuos y grupos humanos, se revela como un límite a la ética social del bien, perspectiva que hace resaltar la ambigüedad de lo que esto significa, debido a la concepción tradicional del bien y del mal para el prójimo, heredada en occidente por la visión judeo-cristiana.

³²⁰ J. Lacan, “La ética del psicoanálisis”, *El Seminario* 1959-1960. Libro VII, Paidós, Buenos Aires, 2006, p.11.

³²¹ *Ibidem*, p. 20.

Esta ambigüedad retomada en su estudio por Lacan en el seminario VII, lo mantiene en la misma posición freudiana sobre la importancia del deseo en el psicoanálisis llevando la ética a esta dimensión y extendiéndola en su práctica clínica, pues ante esta ambigüedad, el querer del analista frente a su paciente resulta insostenible como concepción ética posible. Afirmó que aquél que se pone en el lugar del analista, debe estar advertido de que querer el bien del paciente, no forma parte de la ética del psicoanálisis, puesto que puede no puede saberse lo que esto significa para cada sujeto si no es a través del análisis de su discurso. El sujeto puede querer o no, el bien que se le podría ofrecer, lo que hace relativos los ideales del bien y de la felicidad. El discernimiento de los bienes también relativiza la posición de quien los procura, bondad o maldad que revela la propia división subjetiva en la consecución del deseo, y que va más allá de ellos mismos.

Lacan en su profundización sobre la ética, retoma a Aristóteles y su concepción ética caracterizada por su perspectiva *teleológica* (de *telos*, que significa “fin”), como una ética del Soberano Bien. Contrastó este abordaje con los planteamientos freudianos sobre lo patológico y la pulsión en la naturaleza humana, para resaltar cómo la elección de la voluntad no siempre prevalece en los comportamientos humanos y la voz interior de la conciencia es constituida por la voz del Superyó que impone sus normas que muchas veces van más allá del principio de realidad y del placer buscado. Abordó por ello a Sade en su “Filosofía del tocador” para resaltar las desviaciones del principio del placer, donde el dolor define la naturaleza del deseo perverso en su relación con el Otro, y hace surgir el mandato de gozar a través del rechazo y la destrucción de todo objeto de ternura humana, en la repetición indefinida del dolor, donde el goce impera sobre el deseo.

Hace estas distinciones a lo largo de varios de sus seminarios, para enfatizar que el psicoanálisis no es una religión ni se rige por una ética judeo-cristiana, kantiana o sadiana, sino que la ética en el psicoanálisis se rige por una ética del puro deseo. Se adentra en la naturaleza ambigua del deseo que contrasta con las éticas que imponen leyes para su regulación, leyes que procuran bienes, ley que prohíbe en aras del bien común y que prohíbe aquello que se desea desde el origen:

El deseo y la ley son la misma cosa en el sentido de que su objeto les es común[...] La relación de la ley con el deseo es tan estrecha que sólo la función de la ley traza el camino del deseo. El deseo en cuanto al deseo por la madre, es idéntico a la función de la ley. Es en tanto que la prohíbe que la ley impone desearla[...] ¿qué significa ello, sino que un imperativo se introduce en la estructura misma del deseo? Para decirlo todo, se desea a la orden. El mito de Edipo significa que el deseo del padre es lo que hace la ley.³²²

Al vincular la ley y el deseo, comenta que si por un lado la ley le pone límites al deseo, también participa en su reproducción a través de la prohibición, haciendo que el deseo, sea ante todo, deseo de transgredir, y para que haya trasgresión, es necesario que primero haya interdicción. Es decir, no se trata de que haya un deseo preexistente que la ley regula, sino que se revela el estrecho vínculo entre ley y deseo cuando éste surge del proceso mismo de su regulación.

A partir de la primacía del deseo y su ubicación en el campo simbólico, hace sus críticas a aquellas direcciones de la cura que se realizan desde el campo imaginario, teorías psicoanalíticas de su época que tendían a confundir el concepto de deseo con el de demanda y necesidad, lo que colocaba al analista en una posición distinta: cubrir o frustrar la demanda y la necesidad del analizante, enfatiza la dimensión imaginaria y los aspectos de la realidad ante los que el analista no debe tomar partido. Fue por ello hizo la distinción entre el deseo y la demanda y retomó la regla freudiana de la abstinencia que, aunque en sentido estricto es también referida a la abstinencia de contacto sexual entre analista y analizante, se refiere a ese abstenerse del analista de hacer saber sobre su deseo.

Los distintos abordajes sobre el lugar del analista en el proceso analítico han constituido un problema a lo largo de la historia del psicoanálisis que han generado diferentes posiciones que en ocasiones eluden la concepción fundamental del deseo inconsciente que debiera determinarlas y se desvían del psicoanálisis como tal.

³²² J. Lacan, "La angustia", *Op., cit.*, pp. 119-120.

5.2. La posición del tejedor: el deseo del analista

Para dilucidar la particularidad de la posición del psicoanalista ha sido necesario considerar de las concepciones que lo fundan. Entre estas condiciones se ha resaltado la importancia de la teoría del deseo, que se anuda al síntoma, manifiesta su naturaleza inconsciente y se articula en el lenguaje. El surgimiento del deseo se revela también como una apuesta en la posibilidad de sostener el proceso psicoanalítico en el marco de la transferencia. Es el deseo la puerta de salida del laberinto, en el que las vicisitudes que se presentan en las dificultades que plantea la posición de la contratransferencia ante el surgimiento de la transferencia del sujeto, ponen en cuestión la ética y la posición del analista.

Pero ¿cuál es esa posición?, ¿qué es el deseo del analista? Este término no fue mencionado por Freud, sino por Lacan, quien después de releer y estudiar la obra freudiana, analiza la naturaleza de la posición del analista y elabora dicho concepto. Este concepto deja ver la ambigüedad en su definición, puede oscilar entre el deseo como sostén y los deseos propios del analista. Pero Lacan no hace tal distinción, al parecer no le interesaba establecerla como si quisiera dar objetividad a uno y subjetividad a los otros, prefería explotar el equívoco implícito en el discurso generado por la transferencia.

. El “deseo del analista” planteado por Lacan se sostiene en las bases mismas del origen del psicoanálisis, el deseo inconsciente, el cual es siempre permanente en la vida del sujeto. Y, del lado del analista que ha realizado ya en el recorrido de su propio análisis, el proceso de su develamiento, determina su posición en la clínica. ¿Podríamos decir que existía en Freud esta posición? Si con este término, se hace referencia también al deseo que anima al analista en la dirección de la cura, podemos decir que en Freud, se revela en su pasión por la verdad, que en realidad dista mucho de estar comandada por algún tipo de ideal. Lacan cuestiona en su seminario sobre la ética, los ideales que se derivan de las diversas concepciones éticas, puesto que el ideal solo hace prolongar el cúmulo de identificaciones del analizante que le impidan el acceso al saber sobre su deseo. Pero, veremos entonces como se vislumbró esta posición en Freud.

a. *El deseo del analista en Freud*

Freud asegura su certeza[...] proviene de que él, Freud, reconoce la ley de su propio deseo. No hubiera podido avanzar apostando a esa certeza si no lo hubiese guiado, como lo atestiguan los textos, su autoanálisis. [...] Freud se mueve, sostenido por cierta relación con su deseo, y por su acto, a saber, la constitución del psicoanálisis.

J. Lacan, “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”.

Como hemos señalad, en sus seminarios Lacan señala la importancia de volver a los orígenes del psicoanálisis para que éste se mantenga en pie, estudiar sus fundamentos y analizar lo que en el deseo de Freud dio origen a este tratamiento que aún nos cuestiona y tiene mucho que aportar a los síntomas actuales.³²³

Por ello, para dilucidar “el deseo del analista” en Freud, echaremos nuevamente una breve mirada retrospectiva, pero esta vez sobre el efecto de lo que podría considerarse el primer psicoanálisis de la historia –la relación transferencial de Freud con Fliess– de donde emergió un saber que sólo pudo transmitirse gracias a los efectos del deseo sobre el sujeto, efectos de sujeto que en Freud sostuvieron la transmisión del psicoanálisis y el ejercicio de su clínica, mismo que podría considerarse como el equivalente al deseo del analista en el sostén de las curas que llevó a cabo.

Freud afirmó que la experiencia psicoanalítica genera un saber, pero un saber que no está sujeto al deseo consciente sino a las vicisitudes del deseo inconsciente. Por ello, desde la experiencia de su propio autoanálisis, recomendó siempre el análisis previo del analista a fin de evitar efectos perjudiciales de las resistencias propias del analista en su contratransferencia, frente al despliegue de la transferencia del sujeto durante su análisis.

Las dificultades surgidas en los tratamientos le hicieron dudar del carácter científico del psicoanálisis, carácter que implicaría la exclusión de la subjetividad del investigador frente a su objeto de estudio. Sin embargo, en su naciente ciencia el observador como sujeto está del todo implicado, por lo que el camino de Freud se realizó a la inversa que el camino propuesto por el método científico.

³²³ J. Lacan, “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”, *El Seminario*, Libro XI, Paidós, Buenos Aires, 1984, p. 20.

Es decir que, no intenta excluir al sujeto de su discurso, sino ver cómo desde el discurso del sujeto mismo, se origina un método de escucha. Freud abandona progresivamente la postura médica de un saber sobre el síntoma y deja paso al saber del sujeto acerca de lo que le sucede y que emerge en la transferencia. Su deseo es puesto en juego en la transmisión de sus descubrimientos que revelan un duro trabajo de conceptualización que emerge de la práctica clínica por el que se funda algo nuevo, donde se juega él mismo y se constituye el instrumento del trabajo científico —cosa que nadie había hecho antes— organizando el conocimiento con los modelos que tiene a la mano, con su formación y con la mentalidad de su época.

Aun cuando él sostiene el psicoanálisis como obra suya,³²⁴ nunca la consideró una teoría acabada, nunca llega a abandonar del todo sus primeros planteamientos teóricos, sino que los afirma como corolarios de las construcciones que deben ser desarrolladas aún. Esto implicaría un trabajo de elaboración y de transmisión del psicoanálisis que él mismo inició y que dejaba aporías a sus seguidores para ser retomadas en posteriores desarrollos teóricos, enriquecidos principalmente por la práctica clínica.

El desarrollo del psicoanálisis, sin embargo, se enfrenta desde sus orígenes, con resistencias no sólo desde el campo de la ciencia, sino también en la relación de Freud con sus seguidores cercanos, es decir, resistencias cada vez más encerradas en el interior del psiquismo, incluso en el de sus más preciados colaboradores —entre ellos Jung y Ferenczi— que por mantener distintas posiciones teóricas en relación a la transferencia, abandonan el camino inicialmente trazado. Freud se ve implicado del todo, tanto en las dificultades de transmisión del psicoanálisis, como en las relaciones transferenciales con sus seguidores.

Si su relación transferencial con Fliess la pudiéramos considerar como análoga a la relación transferencial de un análisis, tendríamos que considerar que fue en otro contexto, aquél de los inicios donde los procesos formativos aún no estaban definidos y la elaboración teórica apenas iniciaba, pero donde la experiencia de la transferencia se desplegó y tuvo que tener necesariamente un

³²⁴ Cfr. S. Freud, “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico”, *Op. Cit.*, tomo XIV, p. 7.

final, un momento de declinación del saber supuesto en esa relación, así como una mirada posterior al proceso mismo y posiblemente hasta una necesidad de dar cuenta de ello. Freud fue el primero en tener necesidad de hablar de su análisis y de su transferencia con Fliess a alguien dispuesto a escucharle y posiblemente tal era su interés cuando viajó a Siracusa en 1910 con su gran amigo Ferenczi,³²⁵ a quien deseaba compartir el trayecto y la declinación de su transferencia, como un “dar cuenta” de la experiencia en la que tal vez le pedía que fuera su receptor, lo que posteriormente Lacan llamará “passeur” o pasador.³²⁶ Sin embargo, las posiciones de ambos en ese momento eran tan distintas y esa disimetría tuvo sus efectos diferenciales para cada uno, por lo que dicho intento fue decisivo para sus relaciones futuras.

Para Freud, haber experimentado la transferencia en su relación con Fliess, el camino del tratamiento de lo inconsciente y el descubrimiento constante de las vicisitudes en el manejo de la transferencia con sus pacientes histéricas, le dio luces para dilucidar lo que aconteció a Breuer con Ana O., caso que él mismo retomará después, así como en los casos subsiguientes donde las dificultades con la transferencia se harán presentes una y otra vez.

Para los nuevos analistas, haberse analizado por poco tiempo, incluso con el mismo Freud, era entonces posible debido a la novedad de la experiencia, más tarde se analizarían entre ellos mismos puesto que no había muchos analistas a los cuales recurrir. Freud fue elaborando con el tiempo, sus enseñanzas sobre la necesidad de llevar el análisis personal hasta su fin antes de ejercer como analista, y, en su obra “Análisis terminable e interminable”,³²⁷ consideró importante la necesidad de que todo analista retomara su análisis cada determinado tiempo. Su apasionamiento por estos descubrimientos, sus avances teóricos y lo que denominó “psicoanálisis” dio cuenta de su propio deseo, deseo que sigue generando nuevos psicoanalistas y teniendo efectos en la clínica psicoanalítica actual. Lacan señala que alude a un deseo original que tiene que ver con la transmisión del psicoanálisis y añade:

³²⁵ Peter Gay (1989) *Freud. Vida y legado de un precursor*. Barcelona: Paidós, p.223.

³²⁶ J. Lacan, “Proposición del 9 de octubre de 1967”, *Otros Escritos* Buenos Aires: Paidós, 2014.

³²⁷ S. Freud, “Análisis terminable e interminable”, *op. cit.*, vol. XXIII, p. 224.

El problema de este deseo no es psicológico, como tampoco lo es el problema no resuelto del deseo de Sócrates. Hay toda una temática que tiene que ver con el status del sujeto cuando Sócrates postula no saber nada aparte de lo que toca al deseo. Sócrates no toca al deseo en posición de subjetividad original, sino en posición de objeto. Pues bien, también en Freud se trata del deseo como objeto.³²⁸

En su seminario sobre “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” Lacan señaló que el pivote de la cura es el deseo del analista. Es decir, la causa de que se sea analista es la transferencia, pero la meta que se persigue al final de un análisis es poner término a esta ficción, a la apariencia de lo que es en la transferencia. Freud mismo llegó a comprenderlo mejor al final del análisis del “Hombre de las Ratas” hacia 1907, cuando explicó que todo lo que obstaculiza el curso de tratamiento es una resistencia, sin embargo, no aclaró de quién es la resistencia.

Cuando Lacan se apoya en Freud al analizar el concepto de resistencia, estudió los aportes de los psicoanalistas ingleses sobre la contratransferencia, dijo que la resistencia es del analista, y no lo dijo en términos de interacción de sentimientos —como aquellos los interpretaban y para quienes este concepto era un instrumento en la dirección de la cura—, sino todo lo contrario, se refirió al quehacer del psicoanalista como el quehacer del médico que Freud ya había descrito: “...el médico deja de lado todos sus afectos y aún su compasión humana, y concentra sus fuerzas espirituales en una meta única: realizar una operación lo más acorde posible con las reglas del arte”.³²⁹

El surgimiento del deseo del analista, tiene su costo, se paga un precio caro por asumirlo y mantener su función. Freud mismo lo vislumbraba en sus escritos sobre técnica psicoanalítica donde describió que la sola presencia del analista, su neutralidad, el dominio contratransferencial requerido, el silencio y la escucha, no requieren de un esfuerzo menor y menos aún al corroborar que en su función, el analista manipula fuerzas pulsionales que pueden ser explosivas y que

³²⁸ Lacan, J. “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”, *El Seminario* 1964-1965. Vol. XI, Paidós, Buenos Aires, p. 21.

³²⁹ S. Freud, (1912) “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, *Obras Completas*, Vol. XII, p. 114. Amorrortu, Buenos Aires, 1994.

no está a salvo del riesgo de verse afectado por ellas.³³⁰ En el sostenimiento de los procesos analíticos que llevó a cabo y en sus enseñanzas, se hizo evidente el deseo de Freud y su función.

El deseo de Freud se manifestó en una ética que fue elaborando en su clínica, una ética que no se compuso de hacer el bien o de curar síntomas, sobre todo cuando ha descubierto que se goza con ellos, sino que fundó la ética del psicoanálisis sobre el saber del síntoma y lo trató como una ilusión de satisfacción sustitutiva que va en contra de la verdad.

Lacan continuó con esta preocupación y enfatizó nuevamente el deseo como la dimensión primordial del psicoanálisis: “El deseo es, en efecto, el fondo esencial, la meta, el punto de mira, también la práctica de todo lo que aquí se anuncia en esta enseñanza acerca del mensaje freudiano”.³³¹ Trabajar con el inconsciente –objeto del psicoanálisis– es un proceder ético. El inconsciente no es un ente ubicable y extraíble de algún lugar de la mente humana, sino que emerge y tiene efectos de sujeto, por ello se trata más bien de una ética del deseo.

Si digo que su manera de proceder es ética, no lo digo de forma impresionista: no aludo al famoso coraje del sabio que no retrocede ante nada, imagen que ha de temperarse, como cualquier otra. Si formulo que el status del inconsciente es ético y no óntico, es precisamente porque él, Freud, no lo recalca cuando da su status al inconsciente.³³²

Reconocer lo inalterable del inconsciente y dejarle hablar es acceder a la verdad que está más allá de sus múltiples manifestaciones, es reconocer que mientras más se le amordaza, más se mantiene el proceso defensivo de los síntomas y la consecuente derivación en la enfermedad. La función del deseo del analista mantiene su abstinencia, misma que posibilita la libre asociación en el discurso subjetivo y abre para el paciente la posibilidad de encontrar otra satisfacción que la del síntoma que sufre y goza al mismo tiempo, y cuya verdad abre el enigma de su propio deseo.

³³⁰ S. Freud, (1937) “Análisis terminable e interminable”, *op., cit.*, vol. XIII, p. 233s.

³³¹ J. Lacan, (1963) “La angustia”, *El Seminario*, Vol. X, Paidós, Buenos Aires, 2006, p. 232.

³³² J. Lacan, “El inconsciente y la repetición”, *Op. Cit*, Vol. XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”, p. 42.

La ética freudiana se compone de una especie de ascesis analítica que va más allá del ego de Freud y de los rasgos de su personalidad, y que no es otra cosa que el deseo del analista y su función: aceptar el papel de supuesto saber, sólo para aparentarlo; aceptar el surgimiento del amor de transferencia, sólo para disolverlo después, y soportar el lugar de objeto, sólo para dejarlo caer como un resto y causar el deseo.

Freud estableció a modo de regla en la práctica analítica, la neutralidad del analista, que implicaba no esperar nada del paciente, ni desear algo particular respecto de él, es decir, como “hacerle el bien” o “curar”, obtener una determinada respuesta de su parte o que éste se identifique con él como resultado del tratamiento; implicaba también que se abstuviese de cualquier prejuicio, manifestación de ideología o particular concepción del mundo, de desear satisfacer las demandas del paciente y de tomar partido en sus conflictos actuales. Esta regla de la abstinencia o neutralidad planteada por Freud en la técnica analítica, aparece como un precedente de la posición de “deseo del analista” desarrollada por Lacan a fin de definir la estructura de la experiencia analítica y la naturaleza de la dirección de la cura y su proceso.

De este modo, las reglas freudianas de la abstinencia y la neutralidad como posición para el analista, fueron retomadas por Lacan y desarrolladas desde el eje del deseo: donde Freud habló de asociación libre, Lacan habló del sujeto animado por el deseo de saber; donde Freud habló del control de la contratransferencia, Lacan habló de ir más allá de la dimensión imaginaria y atravesar la dimensión simbólica en el análisis discursivo donde emerge lo inconsciente; donde Freud puso las reglas de abstinencia y neutralidad, Lacan promovió la posición del “deseo del analista” para ubicarse en la dimensión de lo real, como mera posibilidad que hace emerger el deseo, como objeto que lo causa, como espacio que lo pueda albergar, para al final convertirse en un resto.

Así, desde la dimensión de lo real en la clínica, la posición “deseo del analista”, posición que se mantiene en el ejercicio de su función: recibir la demanda, sostener el proceso, soportar la transferencia y concluirlo con su disolución. Esta disolución de la transferencia habla de un proceso analítico llevado a su fin, donde el analista se convierte en un deshecho y donde el deseo queda

como un resto que, entre lo demandado y lo obtenido, lo vuelva a impulsar. Lacan elabora por ello, la posición del analista tomando en cuenta los tres registros y describe el psicoanálisis como una ética del puro deseo, única ética posible.

b. Deseo del analista en Lacan

Para llegar al concepto del deseo del analista como posición ética en la dirección de la cura, Lacan tuvo que elaborar toda una teoría del deseo tomando en cuenta las elaboraciones freudianas. Cuando Freud destacó la neutralidad y la sublimación como requisitos necesarios en el ejercicio de la tarea del analista, atravesó la dimensión imaginaria, pero dejó una problemática a resolver en cuanto a la naturaleza de su posición, pues aunque se dio a la tarea de describirlos, cuando aborda cuestiones que se acercan al concepto de lo real en obras como “Más allá del principio del placer” por ejemplo, no abunda en lo que se refiere a la posición del analista, es Lacan quien considerando las tópicas freudianas sobre la estructura psíquica (Consciente-Preconsciente-Inconsciente; Yo-Ello-Superyó) y al añadir a la dinámica del deseo inconsciente otra topología – Imaginario, Simbólico y Real– va constituyéndose en la guía para su teorización sobre la posición del analista y el recorrido del analizante.

Distingue el proceso de la posición del analista en su seminario sobre El acto analítico³³³ y lo describe en tres tiempos parecidos a los del juego del ajedrez: apertura, medio tiempo y final, mismos en los que se despliegan los momentos del tiempo lógico del inconsciente (que se abordará en el siguiente apartado). La dimensión del tiempo lógico del inconsciente en la dinámica del proceso psicoanalítico entreteje los tres registros en la posición del analista para manejar adecuadamente la dimensión en la transferencia que sostiene el proceso.

Es decir, la posición del analista se inicia en el plano imaginario–como deseo de deseo–, deseo de reconocimiento. Plano en el que el analista confirma los síntomas, marca la evidencia de la relación del sujeto consigo mismo y con los otros. Este registro sirve como pantalla a los vagabundeos del goce hasta que el

³³³ Todas las citas del seminario del acto analítico, inédito, fueron extraídas de: Jaques Lacan. Seminario 1967/68. Título original: *L'acte psychanalytique*. Traducción: Silvia García Espil. Impreso para distribución interna de la institución psicoanalítica Discurso Freudiano,.

sujeto pueda preguntarse por su implicación en lo que le sucede y generar el movimiento transferencial en el que demande un saber y se constituya en analizante ante la pregunta por el deseo del Otro.

. Para ello, la tarea del psicoanalista es moverse a la dimensión de lo simbólico donde se presta a ocupar la posición de Sujeto Supuesto Saber y el lugar del Otro para el analizante, iniciándose así, ese medio tiempo del análisis donde el acto analítico es sostenido en la transferencia, se encuentra en el análisis del discurso y en la interpretación. Es un tiempo en el que el deseo se entreteje en el lenguaje y se expresa como metáfora en la metonimia de los significantes.

Desde esta perspectiva, Lacan propone respecto de la posición del analista ese mismo proceso, un primer viraje de la dimensión imaginaria centrada en el reconocimiento de los síntomas y de la experiencia del sujeto, a la dimensión simbólica centrada en el lenguaje y el análisis del discurso del sujeto en la relación con el Otro, captando el despliegue signifiante que permite la expresión del saber inconsciente, para desembocar posteriormente en la dimensión real del deseo del analista como función.

El término “deseo del analista” aunque mantiene siempre una cierta ambigüedad en su definición, Lacan lo va esclareciendo al proporcionar en sus seminarios las claves de su ejercicio. Primero las despliega respecto del deseo en sus seminarios: “Las formaciones del inconsciente” (1957-1958), “El deseo y su interpretación” (1958-1959), “La ética del psicoanálisis” (1959-1960) y, aunque nunca deja de retomarlo como la esencia del psicoanálisis, lo trabaja respecto del lugar del analista en los seminarios sobre “La transferencia” (1960-1961), “La angustia” (1962-1963), “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” (1963-1964) y “El acto analítico” (1967-1968) principalmente, mismos que le sirven de punto de partida para problematizar la posición que el analista ha de ocupar en la clínica.

Desde 1957 en sus *Escritos*, donde introduce la importancia de la transferencia en la dirección de la cura y la cuestión del deseo del analista

referido a la pura función significante,³³⁴ saca al sujeto de su concepción tradicional, es decir, de la noción de unicidad e indivisibilidad, para insertarlo en la división subjetiva en la que se instala en su ingreso al mundo y en su acceso al lenguaje que lo precede.

Al priorizar la dimensión simbólica sobre la ilusión imaginaria, plantea también el cambio en la posición del analista en la que, ya no se trata del análisis de la contratransferencia, sino de asegurar su posición en el lugar simbólico del Otro, donde la neutralidad, permite que la del significante adquiera significación solamente al ser contrastado con otro significante.

Esta pasión por el significante se convierte entonces en una dimensión nueva de la condición humana, en cuanto que no es únicamente el hombre quien habla, sino que en el hombre y por el hombre “ello” habla, y su naturaleza resulta tejida por efectos donde se encuentra la estructura del lenguaje del cual él se convierte en la materia, y por eso resuena en él, más allá de todo lo que pudo concebir la psicología de las ideas, la relación con la palabra.³³⁵

El recorrido que el analizante hace en transferencia implica al analista, lo compromete en la posición que tiene la función de sostener el proceso y es partiendo de esto lo que hace que la posición del analista se desplace del plano imaginario a otro lugar, implica para el analista pasar al plano simbólico en el lugar del Otro a quien el sujeto dirige su demanda. Lacan en su seminario sobre la ética señala que si el analista se presta a recibir la demanda de felicidad de todo sujeto que acude a análisis es para encauzarlo por la vía de su deseo, puesto que *“hacerse el garante de que el sujeto puede de algún modo encontrar su bien mismo en análisis, es una suerte de estafa”*.³³⁶

Respecto de la felicidad, la promesa del psicoanálisis es más bien austera, puesto que su objetivo pertenece al orden de la causa: causa del sufrimiento y del síntoma, así como la causa de que no pueda prescindir de éste último por un lado, y la causa de su deseo por otro, que lleva a que el sujeto descubra en la desnudez absoluta la dimensión de su *manquedad* o falta estructural, del vacío que constituye

³³⁴ J. Lacan, “La dirección de la cura y los principios de su poder”, *Escritos 2*, Siglo XXI, México, 1999, cap. 5.

³³⁵ Lacan, J. “La significación del falo”, *Op., cit.*, p. 668.

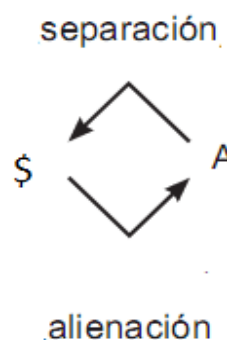
³³⁶ — “La ética del psicoanálisis”, *Op., cit.*, p. 361.

la verdad sobre su deseo, que una vez asumido, busca nuevas formas de expresión que atenúen el goce.

Lacan aborda el problema de la angustia no solo en el proceso del analizante sino en la posición del analista³³⁷ que no está exenta de consecuencias, ya que la angustia no es sin objeto y la cuestión de la contratransferencia no es más que un mecanismo de evitación, un modo del analista de afrontarla. Son las estrategias en el manejo de la transferencia y no la cuestión de los sentimientos del analista lo que podrá dar cuenta de esta función que sostiene el proceso en su totalidad: *"fuera de lo que he llamado manipulación de la transferencia, no hay acto analítico"*.³³⁸

En la dimensión simbólica de su posición, el analista se presta a ser el Sujeto Supuesto Saber, posición que se ejerce para el análisis del discurso, pero no porque el analista crea que lo es: *"... (aportar) soporte al sujeto supuesto saber, al que el analista sabe que está destinado a des-ser y que constituye, si puedo decir, un acto en falso, puesto que él no es el sujeto supuesto saber, ya que no puede serlo, y que no hay nadie que lo sepa mejor que el psicoanalista"*.³³⁹

En el analizante que dirige su demanda al Otro para preguntar sobre su deseo, aparece el fantasma cuya función es velar ese saber sobre falta estructural del Otro, al mismo tiempo que lo defiende de la angustia que este saber le provoca. Sin embargo, el surgimiento de ese fantasma es inconsciente y tiene su propia lógica.³⁴⁰ Hablar del fantasma es también remitirse a su escritura, por lo que Lacan a lo largo de su enseñanza introduce en ella grafos que pueden colaborar en el planteamiento de lo que en la clínica psicoanalítica se trata.



Aunque profundizarlos no es el tema del presente trabajo, me parece necesario sólo introducir la fórmula del fantasma: $\$ \diamond a$, como la síntesis de lo que ha tratado como la relación del sujeto con el Otro: sujeto en falta (\$),

³³⁷ Lacan "La angustia", *El Seminario* 1962-1963. Libro X, Paidós, Buenos Aires, 2006.

³³⁸ ———, seminario del acto analítico (1967-1968) clase 3: 29 de noviembre de 1967, *supra*, n. 48

³³⁹ *Ibid*, clase 6: 17 de enero de 1968.

³⁴⁰ Cfr. J. Lacan, "La lógica del fantasma", *El Seminario* (1966-1967)

alienación en las demandas repetidas dirigidas al Otro (A), y *separación* de las identificaciones al deseo del Otro³⁴¹. En esta separación se constituye el sujeto deseante.

Desde el registro simbólico, la función del deseo del analista remite a la posición del Otro (A) y a su neutralidad del significante, a la abstención silenciosa ante la demanda de amor del analizante que permitirá la construcción del fantasma y revelará su alienación. La dimensión simbólica del deseo del analista desbarata el señuelo de un saber sobre el deseo del Otro, acción que implica un proceso en el que los movimientos y cambios en la transferencia lleven al sujeto a descubrir que no hay un saber sobre el deseo del Otro.

La inexistencia del saber sobre el deseo del Otro/(A) constituye una falla estructural que provoca ese vacío capaz de ser bordeado sólo por el propio deseo, que lo liberará de su sometimiento a la demanda. De este modo se implica al sujeto en su *manquedad*, en su castración y pasa de ser objeto de la alienación al deseo (inexistente) del Otro, a ser sujeto barrado (\$) por esa falla estructural en su separación, que le da la posibilidad constituirse en sujeto de deseo. A fin de cuentas es a lo que Lacan apuntaba en la dirección de la cura mediante la función del deseo del analista: evitar la concepción errónea de la identificación con el analista al final del análisis y hacer posible la emergencia de la pura diferencia en el deseo de cada sujeto al fin de su trayecto.

De ahí que el movimiento de la posición del analista a la dimensión de lo real lo remita a constituirse como objeto que causa el deseo. Esta posición tiene que darse desde el vacío que origina el deseo en el sujeto que se analiza, captarse como una falta, lugar de *objeto a*, ese es el lugar del analista,³⁴². La función del deseo del analista, remite por tanto desde el registro de lo real, al des-ser del analista, cuya presencia y silencio se hacen necesarios para el desvanecimiento progresivo de ese sueño alienante del sujeto.

En ese transcurso subjetivo del goce al sujeto del deseo, ha de bordear la angustia que permite el develamiento de su verdad en relación con su falta,

³⁴¹ Lacan propone en el seminario sobre "Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis" *El Seminario* 1963-1964. Libro XI, Paidós, Buenos Aires, los movimientos subjetivos de alienación y separación del sujeto frente al deseo del Otro, cuya sucesión propiciará su posición como sujeto de deseo.

³⁴² Lacan, J. (1966-1967) "La lógica del fantasma". *El Seminario*, Clase del 25 de enero de 1967

manquedad velada por su fantasma y, cuya travesía, rescata su deseo de la metonimia constante ligándolo a su pasión en la elaboración de su propia ficción liberadora: “es por el fantasma que el sujeto funda su deseo, más allá de su dialéctica con el Otro”.³⁴³

Esta dinámica inconsciente descubierta por Lacan a partir de la clínica psicoanalítica le permitió cuestionar la posición del analista y su importancia en el corazón de la ética del psicoanálisis. Si bien, en todos sus seminarios anteriores planteó la relación de objeto, la naturaleza del deseo, la primacía del deseo en la clínica y la consideración de la falta que lo ocasiona,³⁴⁴ pasa de la concepción del *objeto a* como el *agalma*– en el seminario sobre La transferencia–, a la concepción del *objeto a* como causa del deseo –en el seminario sobre La angustia– para plantear la posición del analista en su dimensión real. Es decir, delimitar la función deseo del analista como mera función significante tuvo su génesis.

Partió del análisis del registro de lo imaginario, retomó su posición del analista que lo confinaba a ser objeto de identificación, el paciente ponía su ideal del yo plasmado en la persona del analista y la posición del analista se asentaba en la contratransferencia. Al criticar esta posición que mantenía al sujeto alienado en el deseo del Otro, pasó al registro simbólico que remite la posición del analista a la neutralidad del significante, a la abstención silenciosa ante la demanda de amor del analizante que permitirá la construcción del fantasma con respecto al deseo del Otro y revelará su alienación. Es decir, la dimensión simbólica del deseo del analista se hace evidente al causar el decir de su paciente, acceder a su discurso y hacer un corte en su deslizamiento metonímico para desbaratar el señuelo de un saber sobre el deseo del Otro, pues no existe ese lugar del Sujeto Supuesto al Saber, no hay un saber sobre el deseo del Otro, en su lugar hay un vacío desde donde el sujeto puede lanzar su propio deseo. Y, sin abandonar del todo esta posición, ubicarse en el registro de lo real como vacío que remite a su posición de objeto, función de resto

³⁴³ Silvestre, M. Et al. “Transferencia y Contratransferencia”, *Como se analiza Hoy*. Fundación del Campo Freudiano, Manantial, Buenos Aires, 1984.

³⁴⁴ Lacan, *El Seminario, Op. Cit.* “La relación de objeto”, “Las formaciones del inconsciente”, “El deseo y su interpretación”, respectivamente.

Ciertamente, las dimensiones de lo imaginario, lo simbólico y lo real constituyen un nudo en cuyas intersecciones se van sucediendo los diferentes momentos del proceso analítico; sin embargo, la posición del analista es una, y habrá que distinguirla de los momentos transferenciales del paciente, posición que también tiene su costo:

[...]el analista tiene que pagar algo por sostener su función. Paga con palabras –sus interpretaciones. Paga con su persona, en la medida en que por la transferencia, es literalmente desposeído de ella[...] y aunque su recurso ante el pánico sea *the countertransference*, es necesario que pase por allí. No está sólo el ahí frente a aquél con el que asumió cierto compromiso”.³⁴⁵

Lacan apuntaba en la dirección de la cura mediante la función del deseo del analista: evitar la concepción errónea de la identificación con el analista al final del análisis y hacer posible la emergencia de la pura diferencia en el deseo de cada sujeto al fin de su trayecto. Es un proceso para el analizante y también para el analista que ha de mantenerse en su función de deseo del analista, posición que posibilita la tramitación de lo real mediante lo simbólico y se constituye en un sostén y un impulso para el surgimiento de la verdad en cada sujeto.

Lacan se preocupó a lo largo de sus seminarios por la formación de los psicoanalistas de modo que llegar a ella requeriría su tiempo y que abordaremos ahora en el tiempo del aprendiz.

³⁴⁵ J. Lacan, “La angustia”, *Op., cit.*, p. 154.

5.3. El tiempo lógico en el proceso del aprendiz

La segunda regla fundamental —enunciada por Ferenczi—, por la cual el analista tenía que haber sido analizado, trae consigo un doble correlato: el de haber llevado su análisis lo bastante lejos para poder continuarlo al calor de su práctica; y el de poder seguir siendo analista: en consecuencia, capaz de volver a serlo siempre.

Pierre, F. Crisis y contra-transferencia

Para el ejercicio del psicoanálisis es necesario considerar que hay un trayecto de análisis personal en el que puede surgir el deseo de ocupar la posición de analista y otro más que va a la del deseo del analista como función significativa. Este camino es el que constituye la formación psicoanalítica y ninguno que desee ocupar ese lugar queda exento de este proceso. La situación analítica supone un analista analizado, es decir, un analista que ha pasado por un psicoanálisis, y durante este proceso, ha realizado el recorrido de la historización subjetiva, ha asumido su falta estructural, accedido al saber sobre sus síntomas, realizado la travesía de su fantasma fundamental y se ha responsabilizado por sus formas de goce.

Significa que el analista, antes de ocupar ese lugar, ha circulado por el circuito del deseo del Otro y conoce su trayecto en ese doble movimiento de alienación y separación respecto de la serie de identificaciones a las que se adhirió a lo largo de su vida y de los que hubo que separarse para diferenciar el deseo propio y articularlo en la palabra.

El tiempo es un elemento fundamental en este trayecto: tiempo para acudir a un psicoanalista a articular su demanda, tiempo para analizarse, tiempo para acceder al saber inconsciente..., es decir, el trabajo del deseo inconsciente se lleva su tiempo, que cronológicamente, puede significar años. Sin embargo, la consideración psicoanalítica del tiempo se hace desde la dimensión del inconsciente, y en este sentido, es más lógico que cronológico amén de que se entretrejan en su develamiento.

a. *El tiempo lógico en los Escritos de Lacan*

Lacan trabaja la cuestión del tiempo en el análisis desde su dimensión inconsciente, y para abordarlo, nos remitiremos a su texto sobre “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada”³⁴⁶, en el cual Lacan planteó no solo el proceso analítico sino el desarrollo del deseo del analista como posición y función. Para su abordaje, parte del planteamiento de un sofisma que en primera instancia puede ser considerado como un error lógico, pero en cuyos momentos adquieren especial valor los de las mociones suspendidas que confirman la validez de la solución que se plantea.

Expone el problema que –palabras más, palabras menos– consiste en lo siguiente: el director de una cárcel selecciona a tres sujetos y les dice que tiene que liberar a uno de ellos y que ellos están implicados en la decisión. Tendrán que resolver un problema que tiene que ver más con la lógica que con la probabilidad. Les muestra cinco discos, dos negros y tres blancos, les dice que, sin que sepan el color, a cada quien le será colocado uno de ellos en su espalda. Les indica que, sin que tengan la menor posibilidad de mirarlo, ni de manera directa por la ausencia de espejos, ni de manera indirecta porque se colocará entre sus hombros, tendrán que concluir, sin comunicarse entre sí, cuál es su color y determinar las razones lógicas –no solo de probabilidad– de su descubrimiento, pues de ello depende su suerte.

En esta relación entre los tres sujetos detenidos que tienen el mismo objetivo, trasciende ya de por sí, la dimensión especular y los coloca en una dimensión simbólica en la que, la posibilidad de tomar todo el tiempo que necesiten para concluir, hace que pase a ser la base de la resolución del problema lógico que se les plantea.

En este tiempo se evidencian tres momentos indispensables para su solución: mirar, comprender y concluir. La sucesión de estos momentos no es lineal, se encadenan y se implican mutuamente, y al poder darse uno sin el otro, requieren la consideración de dos modulaciones: su valor *lógico* que tiende a la resolución del problema y la sucesión *cronológica* que hace espaciarlos uno de otro.

³⁴⁶ J. Lacan, “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma”, *Escritos* 1. Siglo XXI, México, 1978.

El *instante de la mirada* como primer momento, implica la objetivación de los datos del problema, una exclusión lógica a partir de los elementos que se miran y que generan una intuición sobre lo que se ignora o no se mira. Es decir, se elabora una hipótesis con respecto del propio color que no se ve, “el atributo ignorado del sujeto mismo” y que, al fin, constituye la solución. Este primer momento es un tiempo *impersonal*, en el que se miran sólo los elementos implicados en la solución del problema.

El *tiempo de la comprensión* es el segundo momento, no tiene límites objetivos en relación al tiempo formal y cronológico, necesita del momento de la mirada para meditar la solución lógica del problema. Aquí cobran importancia la duda, la intuición y las preguntas internas. Es el tiempo cronológico que se toman los otros sujetos para ello, sin dejar de observar en cada uno su reacción, Lacan afirma que es un tiempo *intersubjetivo* donde la inercia del otro le muestra “la clave de su propio problema” y en el que las relaciones de reciprocidad implican un mutuo reconocimiento.

El *momento de concluir* es el tercer y último momento que implica necesariamente los dos momentos anteriores. Cuando se logra comprender que es tiempo de concluir, el sujeto ha intentado resolver el problema mediante la observación de las posiciones y la utilización del tiempo de los otros sujetos. En su retraso para decidir se alberga la intuición sobre su propio atributo y, al comprender las relaciones lógicas de su suposición, el sujeto elabora entonces un juicio y se adelanta a su certidumbre por la tensión subjetiva del tiempo. Pasa a la acción mediante una evidencia subjetiva, una conclusión basada en una certeza anticipada. Al precipitarse a la acción deberá objetivar y confirmar su certidumbre después de tomar su decisión y de ponerla en acto. En este momento, el sujeto que concluye emite una decisión, hace un juicio sobre su propio atributo y excluye al otro, se aísla de él y de su relación de reciprocidad a fin de mostrar una competencia que verifique su aserto.

Así, los tres sujetos se observan y se consideran durante cierto tiempo, se encaminan dando algunos pasos juntos que los llevan a cruzar la puerta a la vez. Lacan resalta “cierto tiempo” y “algunos pasos” que dan testimonio de los momentos requeridos para emitir la solución al problema y a la cual llegan juntos, pero cada cual separadamente, expresa su conclusión así:

Soy un blanco, y he aquí como lo sé. Dado que mis compañeros eran blancos, pensé que, si yo fuese negro, cada uno de ellos pudiera inferir de ello lo siguiente: 'Si yo también fuese negro, el otro, puesto que debería reconocer en esto inmediatamente que él es blanco, habría salido en seguida; por lo tanto, yo no soy un negro'. Y los dos habrían salido juntos, convencidos de ser blancos. Si no hacían tal cosa, es que yo era un blanco como ellos. Así que me vine a la puerta para dar a conocer mi conclusión.³⁴⁷

Lacan se pregunta si esta solución perfecta al problema lógico planteado tiene alcances en la experiencia, realiza un análisis de los tres sujetos (A, B y C) ante la posibilidad de tener uno u otro color sobre su espalda para dar con la solución: ¿son dos negros y un blanco?, descartado, el blanco habría salido inmediatamente sin detenerse al ver que en los otros dos el color negro; ¿son dos blancos y un negro o son tres blancos y ningún negro? Después de analizar detalladamente estas dos últimas posibilidades, introduce en la solución del problema otro momento como intervalo que dará validez a la solución misma, es el momento de la duda ante lo que se piensa como solución para dar el paso a la conclusión.

Si A concluye que es un blanco y ve que B y C se mueven detrás suyo, se *detiene* y duda si no es visto como un negro, basta con esta detención para resolverla, puesto que B y C se detienen también por estar en la misma situación que él, ya que, si fuera visto como negro, B y C no se hubieran detenido. Al sujeto A le bastó ver la detención común para tener una conclusión inequívoca, fue el momento de la detención común de los tres sujetos lo que les permitió confirmar una certidumbre sin el renacer de la objeción y la duda.

En el proceso lógico de verificación, el sujeto considera que las tres combinaciones posibles constituyen tres *tiempos de posibilidad* donde las dos pausas son necesarias en el tiempo de la comprensión para conducir a la única respuesta válida que permite el tiempo de la conclusión. Entre los tres momentos existe un intervalo de tiempo lógico fundamentado en la duda, la *moción suspendida* que manifiesta el límite de tiempo en el paso del sujeto de un momento al otro: de la mirada a la comprensión, de la comprensión a la acción y la acción misma del momento de concluir fundamentada en la mirada y en el

³⁴⁷ *Ibid.*, p. 188.

tiempo de comprender. Los tres tiempos tienden a la búsqueda de la verdad y por tanto, a la exclusión de las posiciones que conllevan error, implica un adelanto de la verdad misma que verifique el aserto de la acción conclusiva.

Lacan confirma la importancia de los momentos de vacilación y considera que sólo con la integración de las dos *escansiones suspensivas* el sofisma adquiere valor de proceso lógico ya que hacen prevalecer la estructura temporal y no espacial del proceso lógico: las *mociones suspendidas* remiten más a lo que los sujetos han encontrado positivamente *por lo que no ven* que por lo que ven, es decir, los discos negros que no ven, marcan la duda y la vacilación del *tiempo de suspensión*.

[...] en la determinación lógica de los *tiempos de suspensión* que ellas constituyen, la cual, objeción del lógico o duda del sujeto, se revela cada vez como el desarrollo de una instancia del tiempo, o mejor dicho, como la fuga del sujeto de una exigencia formal. Estas instancias del tiempo, constituyentes del proceso del sofisma, permiten reconocer en él un verdadero movimiento lógico.

Este proceso exige el examen de la calidad de sus tiempos.³⁴⁸

A partir de este planteamiento, Lacan extrae los elementos que le permiten pensar la experiencia del psicoanálisis como un proceso en el que los tres momentos lógicos se suceden invariablemente desde el inicio del tratamiento hasta el final. Es decir, la relación del sujeto con el saber inconsciente que a través del lenguaje revela su verdad, constituye un proceso que conlleva una dinámica distinta a la de la planeación cronológica de las acciones comunes; confirma que su develamiento está regido más por un tiempo lógico y que cronológico, donde los tres momentos con sus *escansiones suspendidas* se entrelazan sin que ambas dimensiones dejen de traslaparse en el proceso.

Por ello se propone la constitución subjetiva como un proceso en el que la consideración de los tres momentos del tiempo lógico hacen posible la emergencia de un saber que antes no se sabía, anudado a los síntomas, de una verdad sobre el sujeto y por ende, a un cambio progresivo en la posición subjetiva de quien se analiza para constituirse como sujeto de deseo.

³⁴⁸ *Ibid.*, p. 193.

b. El tiempo lógico del proceso psicoanalítico

La experiencia analítica implica el trabajo en el tiempo cronológico, sin embargo, el tiempo lógico del inconsciente no está supeditado al principio de la realidad, carece de orden, de moral y de prejuicios, es impredecible, emerge sorpresivamente y le es secundario el orden de lo cronológico. Por esto mismo, los momentos del tiempo lógico no son etapas definidas en el proceso analítico como si se tratara de una sucesión cronológica, sino *momentos de evidencia* que se suceden en yuxtaposición unos a otros en una discontinuidad tonal que le es esencial "donde cada uno de esos momentos, en el tránsito hasta el siguiente, se reabsorbe en él subsistiendo únicamente el último que los absorbe, es restituir su sucesión real y comprender verdaderamente su génesis en el movimiento lógico"³⁴⁹ hasta el momento de la conclusión.

Así, sólo para dar una idea de la diferencia que se va generando en la posición subjetiva de quien se analiza, se pueden hacer evidentes esos momentos: el *instante de la mirada* es el que está en el inicio de un análisis, sin que este momento deje de estar presente a lo largo del proceso. Instante en el que suelen desplegarse los síntomas que aquejan al paciente, los motivos de su sufrimiento y la demanda de un saber que supone al Otro a quien se dirige a través del analista, para disolver sus efectos.

Se inicia la transferencia en este juego de "saberes" dados y supuestos que se despliegan en la cadena significativa y que aportan los datos de la neurosis, la historia personal, la novela familiar, los recuerdos y los "no recuerdo" que hablan más del enigma del deseo que se esconde en esa amnesia. Sin embargo, es hasta la emergencia de la pregunta del sujeto respecto de su posición ante lo que plantea, que entra en análisis realmente. Si no hay preguntas al respecto no asoma aún disponibilidad al cambio en la posición subjetiva y el despliegue de la queja puede sucederse de un modo metonímico, razón por la que, la posición del analista cobra importancia para realizar ese corte que pone al sujeto en contacto con la pregunta por su deseo.

Toda una serie de sesiones analíticas en el tiempo cronológico pueden ser dedicadas sólo al despliegue del sufrimiento, a la mirada sobre los síntomas que

³⁴⁹ *Ibid*, p.194

aquejan al sujeto, sin comprender sus causas ni su posición ante ello, así como sin concluir lo que de ello se deduce. Se mira de manera parcial para comprender de manera parcial y pasar a un acto que soluciona el deseo de manera parcial. Los cortes de las sesiones en este tiempo de la mirada se encaminan a provocar preguntas.

El proceso implica una concatenación de los tres tiempos de modo parcial que se suceden unos a otros sin cesar y, en donde las conclusiones lo son de manera provisional. Cuando la mirada se ha extendido lo suficiente, la serie de conclusiones parciales va modificando lentamente la posición subjetiva del analizante: volver a mirar una y otra vez hasta que surjan las preguntas, se vacila, se da un viraje hacia un momento distinto, que lo introducirán en el tiempo necesario para comprender. "... esta modulación del tiempo introduce la forma en que, en el segundo momento, se cristaliza en hipótesis auténtica, porque va a apuntar a la incógnita real del problema, a saber, el atributo ignorado del sujeto mismo".³⁵⁰

En el proceso analítico, la llegada del segundo momento marca la *entrada en análisis* y se inicia el *tiempo de la comprensión* que requiere *cierto tiempo lógico y cronológico* para la meditación. Es un tiempo en el que se comienzan a comprender los nexos entre los recuerdos y sus asociaciones, entre éstas y la posición subjetiva del paciente que recuerda precisamente eso y no otra cosa como huella, como marca significativa en su posición. El tiempo de la comprensión propicia la visualización –no sin dolor– de la posición personal en la relación con los otros y se "intuye" el atributo propio que le hace semejante y diferente a la vez.

La cadena significativa que se va tejiendo en su discurso, revela la sujeción a un significativo amo que aparece como un "común denominador", que da su tinte a las experiencias del sujeto: los recuerdos, las reacciones personales, las identificaciones y los vínculos que establece. Este conjunto de hallazgos contribuyen a la construcción del fantasma del analizante que le protege de la angustia y que configura el modo de vivir la propia verdad encontrada

³⁵⁰ *Ibidem.*

sorpresivamente. En este tramo del proceso suelen acaecer muchas suspensiones de análisis.

Estas suspensiones del proceso no son precisamente las mociones suspendidas de las que habla Lacan, pero el momento de la comprensión queda suspendido para el sujeto, la transferencia presenta sus dificultades que, con su adecuado manejo, pueden o no, volver a provocar un movimiento de continuidad en el proceso o un cierre total del mismo. Aunque haya disolución del vínculo analítico por circunstancias evitables o inevitables, el sujeto no ha llegado más que parcialmente al descubrimiento de la verdad sobre su deseo y dicha suspensión no necesariamente incluye un aserto en la acción sino la visualización de un camino sin retorno ante el cual se accede hasta su fin o se plantea la retirada. En estos casos, se revela que es una suspensión en la que se deja de trabajar en la solución misma y no se llega a una conclusión como acción certera.

La mayor parte del proceso analítico se da en el momento lógico de la comprensión, entre la entrada en análisis y el fin del mismo. Hablar del *momento de concluir* no significa una conclusión definitiva de la búsqueda de la verdad, sino al acto conclusivo del fin de análisis como aserto subjetivo en el que se desenlaza la transferencia con el analista y prevalece la dimensión del deseo sobre la dimensión del goce. Acceder a la conclusión es entrar en ese camino sin retorno en la disolución de la transferencia con las implicaciones que conllevan en la relación con el otro y con el Otro, acceder a la travesía del fantasma fundamental y a la dimensión de lo real enmarcada por la angustia, es decir, acceder al camino del deseo que cimentado sobre la falta hace aparecer al sujeto en su verdad.

Es éste el *aserto sobre uno mismo* por el que el sujeto concluye el movimiento lógico en la decisión de un *juicio*. El retorno mismo del movimiento de comprender, bajo el cual se ha tambaleado la instancia del tiempo que lo sostiene objetivamente, se prosigue en el sujeto en una reflexión, en la que esta instancia resurge para él bajo el modo subjetivo de un *tiempo de retraso* respecto de los otros en ese movimiento mismo, y se presenta lógicamente como la urgencia del *momento de concluir*.³⁵¹

³⁵¹ *Ibid.*, p. 195

El aserto sobre uno mismo en el proceso analítico conlleva muchos momentos en los que se entretajan los instantes de la mirada con las preguntas que empujan a la comprensión, tiempo de meditación que incluye vacilaciones y muchas conclusiones parciales, sin embargo, el *momento de concluire* remite a hablar de finales de análisis y a la aporía sobre su término “natural” si es que este existe.

A lo largo del proceso de la comprensión, puede atestiguar un progresivo cambio en la posición subjetiva del analizante que le hace conocer la verdad sobre las identificaciones a las que se ha ceñido, el saber cifrado en sus síntomas y el fantasma fundamental a través del cual ha vislumbrado el deseo del Otro y se ha alienado y separado de él, travesía que ha regido el camino de su vida. Para que esto suceda en la dirección de la cura, la posición del analista ha ejercido su función cimentada en su deseo. Ha acompañado al analizante en la travesía imaginaria que forma parte del momento de la mirada, su presencia, su silencio y sus intervenciones han hecho posible el surgimiento de preguntas, la entrada en el tiempo de la comprensión y el despliegue de la transferencia marcada por la identificación, la ilusión y el amor, pero también por la desilusión y el enojo que le han remitido a mirar nuevamente, a comprender su posición y continuar trayecto subjetivo.

Pasar a momento de la conclusión requiere también su proceso. El aserto subjetivo se ha visto marcado por un nuevo saber que hasta entonces era inconsciente y donde la disolución de los síntomas se ha dado por añadidura. Se inicia finalmente la disolución de la transferencia en la caída del analista como sujeto supuesto saber, pasa por el descontento ante la verdad sobre las propias identificaciones y el desvanecimiento de las ilusiones, para enfrentar una nueva tarea, la de hacer algo con la falta que le constituye. Es el momento de una certidumbre anticipada que marca el camino de la verdad como deseo.

El momento de la conclusión no llega fácilmente, la duda sobre el momento adecuado para hacerlo está precedida por la moción suspendida que la sustenta y en la que se incluye el acceso a una certidumbre que promoverá su elaboración como posterior al momento conclusivo. Lacan lo señala en su relectura de Freud cuando dice que la verdad a la que el sujeto accede en su proceso se da fuera de la sesión, tiene que reestructurarse en torno a un encuentro siempre fallido que se

da en el momento de la comprensión, en ese tiempo entre el instante de *ver* y el momento de *concluir*.

Del mismo modo, en el aserto conclusivo del fin de análisis hay una elaboración posterior y, para cada sujeto al final de su recorrido analítico. Algo del orden de lo imposible de decir y aunque de alguna manera se pueda transmitir, revela los rasgos permanentes de una falta, de imposibilidad, del "no todo" que abre las puertas a la creatividad en el relanzamiento del deseo. El sujeto ha concluido un trayecto y se abre ante sí una de las vías de su deseo ¿sería la práctica analítica la única manera de ser deseante? Seguro que no, pero la decisión de pasar de analizante a analista es una de ellas.

Es en el enlace de los "hilos psíquicos" y las combinaciones que se tejen a través del lenguaje como pieza clave, donde se puede articular algo de la verdad sobre el deseo humano y sobre sus vicisitudes. Se propone por ello, una articulación dinámica, donde los momentos del tiempo lógico en un análisis se agrupan como un nudo borromeo y se enlazan también con los tres registros. En este enlace no hay separación posible, los momentos y los registros se suceden y se entrecruzan de forma continua.

Para el sujeto en análisis, el instante de la mirada da cuenta de la dimensión imaginaria en la que el sujeto despliega las circunstancias que vive como el contexto de sus síntomas y como pantalla de los vagabundeos del goce que le impiden el acceso a su deseo. Para el analista implica mantener fuera de su práctica todo desear algo respecto de quien consulta, de satisfacer sus demandas, de aconsejar y de tomar partido en sus conflictos actuales. Dirigir la cura no es dirigir al analizante, sino escuchar la sucesión de tiempos lógicos en su postura frente a lo que le sucede. La relación analítica, por tanto, devela una relación asimétrica donde el devenir de un sujeto se pone en juego bajo transferencia y, es la posición del analista la que puede hacer la diferencia.

El momento de la comprensión, coincide con la dimensión simbólica en la que el sujeto se pregunta sobre su implicación subjetiva en lo que le sucede y se dirige al Otro, lugar ocupado por el analista a quien como Sujeto Supuesto Saber le dirige la pregunta sobre sí mismo y sobre su deseo. Se da con la entrada en análisis y se abre el camino para el trabajo en y bajo transferencia en cuyo

recorrido se accede al saber inconsciente. En este tiempo se entretienen la dimensión simbólica y real donde la experiencia de la falta y la castración permiten al sujeto decidir entre gozar y desear, es a la vez que puede ser el más intenso y el más largo cronológicamente.

El momento de la conclusión tiene que ver con la decisión por el develamiento del deseo, que puede tener muchas vías que dependen de la continuidad de los lazos transferenciales fuera del análisis. Entre estas vías, se encuentra la posibilidad de convertirse en psicoanalista, donde la transferencia hacia el analista cae y se desplaza a la transferencia con el psicoanálisis mismo, apostando a la creación de lazos nuevos en su transmisión como otra forma de hacer con el síntoma, donde el deseo predomine sobre el goce y desde ahí re-lanzarse a tejer otros análisis. Este será entonces su modo de asumir su posición de deseante.

Los caminos del deseo son insospechados y el camino del analista se plantea entre las posibilidades de ese aserto subjetivo que concluye en un acto. ¿Qué es lo que hace que un analizante devenga analista? Es una pregunta difícil de contestar, aún para quien ha hecho el recorrido, y que se une a otra igualmente importante puesto que, toda persona que inicia el trayecto de un análisis y lo lleva a su fin, ¿ha de desembocar su deseo en el deseo de ser analista?, Lacan lo propone como una salida de la transferencia, pero ¿cómo se desarrolla y se mantiene el deseo del analista? Ciertamente, el deseo del analista se gesta en el deseo de ocupar ese lugar, pero el ejercicio de su función va más allá de éste. Supone un recorrido analítico por los tres momentos anteriormente descritos en el tiempo lógico de la dinámica inconsciente, que se yuxtaponen y se entrelazan con los tiempos cronológicos en sucesión continua, promoviendo su apertura y apostando a la continua transmisión del saber del psicoanálisis, que siempre deja sus aporías en la medida en que, desde el lugar de la falta, se ejerce como una ética del puro deseo.

c. *El tiempo lógico y el deseo del analista*

Si el tiempo lógico es inherente al develamiento del deseo inconsciente en todo proceso analítico, también lo es en el desarrollo de la posición "deseo del analista" de quien decide ocupar ese lugar al final de su propio análisis. Intentaremos responder a preguntas sobre su desarrollo, intentos de respuesta que constituyen solo una hipótesis y abren la puerta a nuevas preguntas sobre su incidencia en el acto analítico que se constituye en el acompañamiento de otros procesos.

¿A qué alude el *momento de concluir* con respecto a la instalación del deseo del analista? “*Pasado el tiempo para comprender el momento de concluir, es el momento de concluir el tiempo para comprender. Porque de otra manera este tiempo perdería su sentido... Finalmente, el juicio asertivo se manifiesta aquí por un acto*”.³⁵² El momento de concluir implica un acto, que en el fin de análisis implica la disolución del vínculo analítico y la asunción del deseo que compromete al sujeto en la transmisión del psicoanálisis como una pasión alternativa a la de la transferencia vivida en el trayecto con el analista que lo llevó a su fin.

El recorrido por el cual el sujeto concluye su análisis y deviene analista como una de las salidas del final de análisis, proyecta la función deseo del analista desde dos vertientes, la que ocupó y mantuvo el propio proceso analítico –que hace referencia al deseo del analista con el cual se analizó– y su realización futura en la posición de analista. La función deseo del analista es la misma en un tiempo y en otro, sólo que referida a sujetos distintos, al analista y al analizante que posteriormente deviene analista.

El deseo de ser analista como posibilidad de sujeto deseante puede vislumbrarse ya en el paso del tiempo de comprender al tiempo de concluir un análisis, en donde casi al final del recorrido, se reinicia el *instante de la mirada*, en el que el analizante vislumbra el querer ser analista. En el acceso a esta posición surgen toda clase de preguntas sobre el “saber hacer” para ocuparlo y se inicia en la práctica clínica con toda clase de dificultades que rayan generalmente en la dimensión imaginaria. La emergencia de preguntas sobre el fin de análisis y las dudas para concluirlo, así como las razones que lo llevan a querer ocupar el lugar

³⁵² J. Lacan, “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma”, *Op. Cit.*, pp. 196 y 198.

de analista pueden constituir un arma de dos filos: reiniciar nuevamente el circuito del goce que impide el acceso al deseo o ser una *moción suspendida* que constituya un aserto de certidumbre anticipada que precipite el acto.

Algo de la experiencia de lo real en su deseo y sus intentos de simbolización en el trayecto, sustenta al analista cuando accede a escuchar una demanda de saber y se embarca en la escucha que implica el reinicio del recorrido desde una posición diferente, que es ahora de mantenimiento y de sostén de otros análisis, hacia la articulación del deseo en la palabra para traerlo a la existencia.

Así, en el *tiempo de la comprensión* se llega a saber que no hay Otro del Otro y que, la función de deseo del analista que ha mantenido el proceso analítico hasta ese momento, ha sido ubicarse en la posición del Otro a quien inicialmente se dirigió la pregunta “*Che vuoi?*” (*¿qué me quieres?*), mantenerse en el intervalo entre el deseo del sujeto y el deseo del Otro, ubicándose así como en el lugar de la falta, para continuar sosteniendo la pregunta. Enviar al sujeto hacia la interrogación sobre su deseo implica para el analista valerse de la transferencia para pasar de la dimensión imaginaria a la posición de vacío, de objeto que causa el deseo en la dimensión de lo real, pasando por una posición simbólica desde el lugar del Otro a quien el sujeto le dirige la pregunta.

El tiempo lógico de la comprensión en la asunción del deseo del analista implica desde lo *simbólico* la abstención silenciosa, la no respuesta a ese “*Che vuoi?*”,³⁵³ que en adelante se pronunciará en cada demanda de análisis que se acepte como el inicio de un recorrido y que desembocará –no sin angustia– en el camino del deseo. Si el deseo del Otro es un enigma es porque el Otro, en este punto, no tiene ese saber y lo que le falta opera como causa (*objeto a*) del deseo mismo. El deseo del analista en su posición de escucha y en su función de neutralidad significativa habla de una praxis que conlleva una pasión por la ignorancia, –no referida a los saberes teóricos sino a las sorpresas del saber del

³⁵³ Para comprender el deseo y el recorrido que el sujeto realiza en su búsqueda, es necesario remitirse a las elaboraciones de Lacan sobre la dialéctica del deseo que esquematiza en lo que denomina “El grafo del deseo”, cuya progresiva elaboración se da en dos de sus seminarios: “Las formaciones del inconsciente” (1957-1958) y “El deseo y su interpretación” (1958-1959) retomando su esquema en “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano” (1960). Este grafo expresa un recorrido subjetivante, el que realiza todo sujeto en busca de su deseo y que lo introduce a un mundo sometido a las leyes del significante.

inconsciente— y que abre nuevas posibilidades, la aparente asunción del papel del supuesto saber lo ubica en el lugar del Otro que genere su apertura.

¿Qué es una praxis? Me parece dudoso que este término pueda ser considerado impropio en lo que al psicoanálisis respecta. Es el término más amplio para designar una acción concertada por el hombre, sea cual fuere, que le da la posibilidad de tratar lo real mediante lo simbólico. Que se tope con algo más o algo menos de imaginario no tiene aquí más que un valor secundario.³⁵⁴

La dimensión *imaginaria* cobra su importancia sólo en la medida en que funciona como pantalla para la manifestación de los síntomas y sus enredos en los caminos del goce que intentan obturar la *manquedad* por la cual el sujeto desea. Por lo que la consideración de los tres registros —imaginario, simbólico y real— en la clínica conlleva un acto que los enlaza.

La relación del tiempo lógico con el deseo del analista tiene su razón de ser en el sentido que remite al acto analítico. El acto como conclusión, *concluire a partir de*, remite a algo más que disolver el vínculo analítico, al deseo que le permita acceder a lo que da un nuevo sentido al acto de concluir. Por lo que concluir no es abdicar del deseo, sino desempeñar la función del deseo del analista como renovación constante del acto analítico que sostiene el trayecto hasta la conclusión del análisis de otro analizante.

Siempre en la posición de analista hay algo de insoportable ya que, la aventura analítica es un trabajo donde se trata la verdad de la división del sujeto, de separación, de angustia, de desamparo y de duelo, donde el único alivio es el deseo. *“El lugar del analista es el lugar de la contradicción. De estar pero no ser, de ser pero no creer que se es y dejar de ser cuando nunca fue”*³⁵⁵.

Es decir, estar en el lugar del Otro y no serlo, ser para el analizante el Sujeto Supuesto Saber y no creer que se es, dejar de ser para el sujeto en cuestión el lugar del *objeto a* —causa de su deseo— cuando nunca se fue tal, quedando solo el resto. Transitar esto y desear seguir siendo psicoanalista es ejercer la ética del puro deseo, si el deseo de ser psicoanalista, que se juega en

³⁵⁴ Lacan, J. “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”. *Op., cit.*

³⁵⁵ Rodríguez, E.; Tain Lopes, S. (1991) Un sueño de final de análisis ó Final de análisis: un sueño, o análisis: final de un sueño, Nueva Visión, Buenos Aires.

cada análisis permanece, tal vez éste sea el verdadero momento de concluir, mantenerlo a pesar de todo.

Sin embargo, el acceso al deseo no es otro que el deseo de saber, un saber que está ligado con la verdad del sujeto, con la dimensión trágica de la vida ante la cual el psicoanálisis no ha de poner un velo y, eso compromete la posición del analista, puesto que si el analista se ofrece a recibir una demanda –generalmente de felicidad, de liberación de molestos síntomas, etc.– sabe de antemano que esa demanda es demanda de otra cosa, es demanda de saber sobre el propio deseo. De ahí que el deseo del analista plantea la problemática sobre la cuestión de lo que puede sostener su acto. La emergencia de esta función también remite a un proceso que al analista ha de recorrer para asumir esta posición.

Ser psicoanalista es una posición responsable, la más responsable de todas, porque él es a quien le es confiada la operación de una conversión ética radical, aquella que introduce al sujeto en el orden del deseo[...] Esto es, a saber, cuáles son las condiciones que son requeridas para que alguien pueda decirse: “Yo soy psicoanalista”.³⁵⁶

Esto significa que la función deseo del analista no tiene fin, se relanza con cada análisis que se emprende, sostiene cada trayecto, el devenir de un sujeto donde el momento de concluir de acuerdo al tiempo lógico del inconsciente, se realiza precisamente en el aserto del acto implicado en la posición de analista, que propicia el develamiento del deseo del sujeto que se analiza. Podría decirse que el primer efecto del deseo del analista en el sujeto es molestia, puesto que busca el despertar, subvierte a la comodidad del no saber que se apoya en la identificación a un ideal, para revelar la implicación del sujeto en su acontecer y el develamiento del objeto del deseo, verdad que determina las relaciones del sujeto. De este modo, la búsqueda de la propia verdad y el deseo de saber, constituyen otros de los efectos que el deseo del analista provoca en el sostén del proceso analítico.

Desde esta perspectiva, el acceso al deseo tiene su precio. Sin embargo, el acceso al deseo no es otro que el deseo de saber, un saber que está ligado

³⁵⁶ J. Lacan, “Problemas cruciales del psicoanálisis”, *Op. cit.*, Libro XII, 5-5-1965.

con la verdad del sujeto, con la dimensión trágica de la vida ante la cual el psicoanálisis no ha de poner un velo y, eso compromete la posición del analista, puesto que si el analista se ofrece a recibir una demanda –generalmente de felicidad, de liberación de molestos síntomas, etc.– sabe de antemano que esa demanda es demanda de otra cosa, es demanda de saber sobre el propio deseo. De ahí que el deseo del analista plantea la problemática sobre la cuestión de lo que puede sostener su acto.

Esto significa que la función deseo del analista no tiene fin, se relanza con cada análisis que se emprende, sostiene cada trayecto hasta donde llegue, pues el devenir de un sujeto se inserta en el tiempo lógico del inconsciente, se va formando de conclusiones parciales que modifican su posición subjetiva y que propicia el progresivo develamiento del deseo del sujeto que se analiza. Podría decirse que el primer efecto del deseo del analista en el sujeto es molestia puesto que busca el despertar. Esta molestia puede provocar suspensiones de proceso, pues subvierte a la comodidad del no saber que se apoya en la identificación a un ideal, para revelar la implicación del sujeto en su acontecer, verdad que determina las relaciones del sujeto. De este modo, la búsqueda de la propia verdad y el deseo de saber, constituyen otros de los efectos que el deseo del analista provoca en el sostén del proceso analítico.

Entonces podemos decir que en el trayecto de todo análisis se entretajan los momentos del tiempo lógico y se suceden unos a otros hasta el momento de concluir, momento que se da en un acto de certidumbre anticipada, acto en el que se pone al fin del vínculo analítico marcado –no por la temporalidad cronológica ni por los momentos de suspensión en los que el análisis se detiene–, sino por la temporalidad lógica del inconsciente que se da con la disolución de la transferencia en ese análisis. El acto de concluir no significa haberlo dicho todo, siempre queda un resto, el interrogante y la preocupación acerca de la autenticidad de la misma experiencia analítica, lo que la pone en la línea de un trayecto sin fin en el que quedan muchas cosas imposibles de decir.

Así, el deseo del analista de quien condujo un análisis que llega a su fin, permite su instalación como promesa en quien inicia el camino de ocupar ese lugar en la conducción de otros procesos. Sin embargo, se mantiene también en

sus reservas que caben en el resto de lo inarticulable en la palabra, de lo imposible de decir, como lo expresa Sor Juana Inés de la Cruz cuando escribe a la poetisa Sor Filotea:

“... y si la he de confesar toda, también es buscar efugios para huir la dificultad de responder, y casi me he determinado a dejarlo al silencio; pero como éste es cosa negativa, aunque explica mucho con el énfasis de no explicar, es necesario ponerle algún breve rótulo para que se entienda lo que se pretende que el silencio diga; y si no, dirá nada el silencio, porque ése es su propio oficio: decir nada[...] No dice lo que vio, pero dice que no lo puede decir; de manera que aquellas cosas que no se pueden decir, es menester decir siquiera que no se pueden decir, para que se entienda que el callar no es no haber qué decir, sino no caber en las voces lo mucho que hay que decir”³⁵⁷.

5.4. Los problemas de la formación

Si el analista tuvo que pasar por un proceso analítico previo a asumir su función, tuvo que pasar del síntoma de la identificación, que de alguna manera provocaba sufrimiento, a la identificación al síntoma en el develamiento de su verdad y su posibilidad de hacer algo con él. Después de todo, el psicoanalista tiene también su síntoma: el psicoanálisis, y ese ha sido su modo de asumir su posición de deseante, sin embargo, ¿sería la práctica analítica la única manera de ser deseante? Seguro que no, pero lo cierto es que la decisión de pasar de analizante a analista es una de ellas.

Pasar de analizante a analista introduce nuevas cuestiones que tiene que ver con la formación apropiada para ocupar ese lugar. Si introducimos la formación de analista como un producto del deseo al momento de concluir, podremos constatar que dicho proceso emerge como un nuevo síntoma que, con conocimiento de causa no solo deja un resto que impulsa nuevamente el deseo, sino que abre el camino al ejercicio ético con otros procesos donde la subjetividad se ve comprometida hasta el límite. Formarse como analista constituye un trayecto pleno de singularidades en cada caso, donde ningún diagnóstico alcanza

³⁵⁷ Sor Juana Inés de la Cruz *Respuesta a Sor Filotea*, Antología de Ensayos. Recuperado: Junio 2016: <http://www.ensayistas.org/antologia/XVII/sorjuana/sorjuana1.htm>

a describir ni estandarizar las causas y las consecuencias de las diversas posiciones subjetivas de las que están llenos los síntomas.

Ejercer como psicoanalista es un proceso del que emana la mayor de las responsabilidades, es necesario psicoanalizarse, realizar todo el recorrido transferencial hacia su deseo, formarse teóricamente y en la práctica clínica hacerse acompañar en sus inicios por alguien más experimentado debido a las dificultades que suelen presentarse en el manejo de la transferencia. Esto ha provocado que se creen instituciones que ofrecen en paquete este proceso formativo, sin embargo, la institucionalización de los procesos formativos y del psicoanálisis mismo, emerge como un malestar y se deriva de los intentos por formalizar un oficio que deja interrogantes ante la inexistencia de una garantía que lo confirme. Al parecer, la institucionalización y su malestar serán siempre un síntoma sin resolver que sólo confirma que es necesario que la falta no falte para que el deseo se ponga a circular. Y, aunque quedan aún muchos interrogantes que conciernen a la formación de los analistas, estos podrían incluso extenderse a quienes atienden diversos procesos subjetivos.

a. El retorno a la problemática

A lo largo de la historia del psicoanálisis se han realizado variados intentos de formalización en lo concerniente a la formación de los analistas, empezando con Freud, cuya preocupación permeó la labor posterior de Lacan para evitar los desvíos respecto del objeto de estudio del psicoanálisis mismo, a saber, el inconsciente. Aunque de la formación de los primeros analistas se habló en el tercer capítulo, la finalidad de retomar la problemática, es por su extensión al campo de la psicología, debido a que, el presente trabajo partió de ese campo de saber y desde él, continúan llevándose a cabo muchos procesos que también comprometen la subjetividad hasta su límite. Es decir, la mayor parte del tratamiento institucional de la violencia sexual de la que se habla en esta investigación, se realiza desde el campo de la psicología

Aunque el oficio de la psicoterapia tiene bastos antecedentes históricos en las distintas maneras de “aliviar el alma”, se hace necesario considerar el momento en que surge la necesidad formal de la preparación de los psicoterapeutas y los lineamientos que han permeado su formación. La historia

del surgimiento de la psicoterapia como profesión, se deriva por un lado, de sus conexiones con Freud y sus primeros seguidores que fueron creando nuevas alternativas de tratamiento y, por otro, de los intentos de la psicología por afianzarse en la ciencia que promovieron nuevos métodos, tanto para el análisis del comportamiento, como para el tratamiento de síntomas que se vinculaba a los postulados positivistas y posteriormente a la visión de la naciente neurociencia.

Por ello, la formación y el quehacer del psicoterapeuta suelen plantear cuestionamientos inherentes a la formación del psicoterapeuta y a la ética profesional. Entre estos cuestionamientos se encuentran los derivados de la necesidad de una formación específica y los derivados de la práctica clínica: fundamentación teórica de su quehacer, trabajo personal del terapeuta y su posición en la relación terapeuta-consultante, así como aquellos que se dan en el dinamismo del proceso, a saber, los problemas en el manejo de la transferencia y la contratransferencia que determinan su posición en los procesos que atienden.

Estos cuestionamientos nos remiten a lo que se requiere para ser psicoterapeuta, es decir, la formación necesaria para ejercer el oficio. Muchos de los elementos teóricos que le proporcionaron un marco conceptual a la psicoterapia y al ejercicio mismo de la escucha profesional, tienen su raíz en el psicoanálisis, por lo que, el surgimiento de algunos de los enfoques psicoterapéuticos tienen que ver con modificaciones teóricas, definición de su acción terapéutica en el campo de la conciencia y por ende, modificaciones metodológicas de los métodos psicoanalíticos cuyo objeto de estudio es el inconsciente.

En sus orígenes, la formación de los primeros analistas data de la época de Freud, en un período que se extiende desde los comienzos del psicoanálisis hasta la muerte de Freud (1899-1939), de lo cual ya se ha hablado³⁵⁸. El segundo período, se desarrolló a partir de la muerte de Freud en 1939 y del inicio de la Segunda Guerra Mundial, hasta la formación de los primeros centros psicoterapéuticos en la década de los años 70, donde los empeños en el terreno tanto del psicoanálisis como de la psicoterapia se dirigieron sobre todo a la formación y organización de las distintas asociaciones y escuelas.

³⁵⁸ *Supra*, cap. 3, p. 141s

El nudo formativo propuesto en el tercer capítulo (atención personal, formación teórica y supervisión) se elaboró progresivamente con Freud y sus seguidores durante el primer período de los comienzos del psicoanálisis. La necesaria formación teórica y el análisis personal del analista como requisitos fundamentales reconocidos a nivel internacional desde 1926³⁵⁹, requisitos que se fueron institucionalizando después de la Segunda Guerra Mundial.

Un segundo período abarca los años de 1939 a 1970, atravesó la Segunda Guerra Mundial que tuvo sus efectos en la dispersión del movimiento psicoanalítico y en la búsqueda de nuevas alternativas, en general más breves, para afrontar las necesidades psicológicas derivadas de las experiencias de guerra. Es decir que, ante las consecuencias devastadoras de dicha guerra, se hacía imperiosa la necesidad de recuperar la dignidad y la libertad humanas a través de una atención clínica menos prolongada y adaptada a las circunstancias sociales. Y, a pesar de las disidencias respecto de la obra de Freud, ésta tuvo gran influencia en la creación de nuevas corrientes terapéuticas.

Luego del psicoanálisis como abordaje terapéutico se desarrollaron otras dos vertientes: el conductismo (como psicoterapia de la conducta, ya que como conocimiento científico es contemporáneo del surgimiento del psicoanálisis) y el humanismo del que se desprenden diversos abordajes terapéuticos. Estas tres corrientes –psicoanálisis, conductismo y humanismo– se constituyeron, en los tres abordajes principales de la psicoterapia en general. Son estas tres perspectivas las que serán analizadas brevemente en sus procesos de constitución en escuela y por ende con criterios normativos para la formación de los psicoterapeutas.

b. Algunas alternativas

Las *terapias de la conducta*³⁶⁰, se originaron a partir de los aportes teóricos iniciales de Pavlov, Skinner, Thorndike y Watson entre otros, se desarrollaron en la perspectiva de la teoría del aprendizaje, aplicada al origen y desarrollo de conductas perturbadas, es decir, los principios del conductismo clásico y operante

³⁵⁹ Fine, R. 1982. *Historia del psicoanálisis*. Vol. I. Buenos Aires: Paidós, p.96

³⁶⁰ Cfr. Kriz, J. 1997. *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

volcados sobre la modificación de las conductas patológicas observables, no deseadas por dañinas para la adaptación de los sujetos que las padecían. Estas conductas fueron y son analizadas por métodos experimentales que adquirieron prestigio sobretudo en la época posterior a las dos guerras mundiales, ya que dejaron secuelas traumáticas en soldados y ciudadanos norteamericanos. Se pretendía con estos tratamientos eliminar los comportamientos perturbados mediante el condicionamiento y el reaprendizaje de nuevas conductas adaptativas y funcionales.

Poco a poco se fueron desarrollando aportes en los que no se consideraban solamente las conductas observables, sino la experiencia cognitiva del sujeto, estas variantes se separaron del conductismo clásico en las décadas de 1960 y 1970. Entre quienes desarrollaron teorías desde la perspectiva del aprendizaje estuvieron Albert Bandura y Arnold Lazarus con la introducción del aprendizaje por modelos. Al introducir elementos cognitivos, Aaron Beck desarrolló la terapia cognitiva, seguido por Michel Mahoney y Donald M. Meichenbaum.

A los elementos cognitivos se añadieron posteriormente elementos emocionales y fue Albert Ellis, fundador de la terapia racional-emotiva, quien introduce la variedad que atiende las cogniciones disfuncionales (juicios, valores, ideas erróneas, etc) para lograr un bienestar psíquico. Con estos desarrollos tanto teóricos como terapéuticos, la terapia de la conducta contó como corriente terapéutica establecida hasta la década de 1960, medio siglo después que el psicoanálisis.

Las terapias de la conducta tienen la característica de focalizarse en un comportamiento del que se desea un cambio, lo que hace que el tratamiento sea fijado con un objetivo que lo considere y en un tiempo determinado en el que se esperan esos cambios considerables en relación a la conducta tratada. En estos tratamientos se utilizan técnicas de condicionamiento operante tales como los refuerzos, los programas de fichas, el biofeedback, el autocontrol, la autoobservación y el autoreforzo para lograr el cambio conductual deseado. Del mismo modo, las terapias generadas a partir de las teorías del aprendizaje siempre han pretendido lograr cambios en las conductas perturbadas a través de una reeducación en la que, el aprendizaje de nuevas conductas, con nuevos

modelos proporcione a los sujetos herramientas para una adaptación armónica y funcional con el entorno.

El desarrollo de estas teorías se originaron en la década de 1960 y se consolidaron como prácticas terapéuticas en la década de 1970 debido a la amplia investigación empírico-experimental a partir de la cual, se llegó a promover la difusión de manuales de modificación de conducta transmisibles en el ámbito universitario preponderantemente.

Las *terapias humanistas* surgen también después de la Segunda Guerra Mundial y como abordaje terapéutico surge en la década de los sesenta del siglo XX. Empieza en Norteamérica y se orientó a promover una psicología más interesada por los problemas humanos. Sus inicios estuvieron marcados por una reacción al conductismo y al psicoanálisis. Se planteó como una tercera vía y al mismo tiempo como una propuesta integradora de las dos teorías opuestas, por lo que sus partidarios se consideran “la tercera fuerza” o la “tercera corriente” dentro de la psicología. Así, las tres corrientes: psicoanálisis, conductismo y humanismo han producido diversos abordajes psicoterapéuticos. Los autores de la psicología humanista que se consideran para el análisis de los aspectos formativos en psicoterapia son Víctor E. Frankl creador de la “Logoterapia”; Carl Rogers, creador de la “Terapia Centrada en la Persona” y Fritz Perls, creador de la “Psicoterapia Gestalt”.

Aunque no hay precisión en las fechas, su origen se remonta a la creación de la Asociación para la Psicología Humanista (AAHP) en los Estados Unidos fundada por Abraham Maslow y Anthony Sutich en 1958, pero fue hacia 1961 que apareció también el primer número del *Journal of Humanistic Psychology*, por lo que en ese año se considera que la Psicología Humanista nace a la luz pública³⁶¹.

La investigación realizada por Kriz sobre las diversas corrientes en psicoterapia bosqueja los orígenes y los fundamentos de cada una de ellas, afirmando que, en el caso de la psicología humanista, los creadores de los diversos abordajes psicoterapéuticos en su mayoría son autores que inicialmente fueron partidarios del psicoanálisis, de quien recibieron la primera influencia en la elaboración de sus aportes teóricos. Sin embargo, son importantes también las

³⁶¹ Cfr. Villegas, M. 1986. *La psicología humanista, historia, concepto y método*. Anuario de Psicología No. 34. Universidad de Barcelona

raíces filosóficas en las que se asientan sus principios, sobretudo en el humanismo europeo, a saber, en el existencialismo, entre cuyos autores se encuentran Martin Buber, Soren Kierkegaard y Friedrich Nietzsche, la fenomenología de Edmund Husserl y Max Scheler en el humanismo socialista de Karl Marx y en el humanismo francés moderno que se desarrolló a partir de la fenomenología de Merleau Ponty y del existencialismo de Jean Paul Sartre y Albert Camus, así como en la psicología de la *Gestalt*, cuyos autores alemanes (Kohler, Koffka, Lewin, Wertheimer y Goldstein) dieron los lineamientos teóricos que contribuirían a las principales concepciones que sustentan dicho abordaje terapéutico³⁶².

En Estados Unidos, la psicología humanista se enfocó de manera evidentemente práctica debido a los acontecimientos sociopolíticos y culturales que caracterizaron la situación mundial durante la década de los años sesenta, y que marcaron especialmente la sociedad americana. Después de dos guerras mundiales y del fortalecimiento del conductismo mecanicista, el mundo occidental, inicia una oleada de crecimiento económico y de bienestar social, así como una revolución de sus costumbres y aspiraciones.

Sin embargo, aunque cultural y socialmente, se rebelaba libre de tabúes y deseos de nuevas estimulaciones sensoriales internas y externas, a nivel psíquico no dejaba de presentar los problemas de un cambio radical en el que las personas en las relaciones humanas, más allá de las divisiones raciales, políticas y de clase. De aquí que surgen también corrientes psicoterapéuticas que, dentro del humanismo trabajarán con la dimensión corporal que socialmente había sufrido una represión sexual y militar durante siglos, conservándose hasta la actualidad. Villegas expone cómo los principios del humanismo europeo no echan raíces profundas en los Estados Unidos y tampoco llegan a encontrar eco en su desarrollo. Las figuras del existencialismo americano fueron Rollo May que fue profesor en Europa y Adrian Van Kaam de origen holandés, pero no llegan a destacar de manera permanente debido al realismo y pragmatismo que nacía en América³⁶³.

³⁶² Kriz, *Op. Cit.*, p. 220

³⁶³ Villegas, *Op. Cit.*

Entre los principales fundadores de corrientes psicoterapéuticas norteamericanas se encuentran Abraham Maslow, Carl Rogers, Rollo May y Allport, quienes pusieron en práctica sus teorías antes de transmitir las con la finalidad de formar psicoterapeutas, por lo que la recepción de la psicología humanista tuvo mayor aceptación en el ámbito social que en el académico, ya que antes de que se enseñara la Psicoterapia Gestalt, la Bioenergética o el Psicodrama “se estaban practicando grupos de crecimiento en centros privados y bastantes terapeutas estaban acudiendo a formarse a Norteamérica y desempeñando tareas de formación a su vuelta”³⁶⁴ humanista en el ámbito universitario.

Se generó en la década de los 60s el Movimiento del potencial humano creado para designar un amplio espectro de enfoques, métodos y técnicas relativas al pleno desarrollo de las capacidades humanas. De aquí el acento reeducativo de las terapias empleadas, independientemente de su origen, siempre y cuando contribuyeran al crecimiento del ser humano. Así, el surgimiento de la gran variedad terapéutica iba desde la manipulación fisiológica (acupuntura, drogas, etc.) a la ampliación de la conciencia sensorial y la expresión emocional con la tendencia a la reestructuración de la interacción social y al desarrollo del potencial humano, conservando así un enfoque más de crecimiento que de curación. Los Centros de Crecimiento Personal, suelen concentrar todo este abanico de variedades terapéuticas que se dan incluso en la actualidad y difieren en sí mismas de la práctica psicoterapéutica clínica.

Una situación muy distinta es la que tiene lugar en Europa. Gimeno Cobos señala que la formación en psicología humanista en Europa empieza hacia 1970, en la Universidad de Surrey, en Inglaterra. Dicha universidad contaba con un Proyecto de Investigación del Potencial Humano que el primero de Europa. Las universidades públicas enseñaban aspectos teóricos de la psicología humanista, pero no tenían un programa de formación de psicoterapeutas como tal. Fue en Italia donde se inicia con una Universidad privada destinada exclusivamente a la transmisión de la Psicología Humanista y sus programas si estaban encaminados

³⁶⁴ Gimeno Cobos, A. 1986. *Situación actual de la psicología humanista*. Centro Erich Fromm de Psicología Humanista, Anuario de Psicología No. 34. Barcelona.

a formar terapeutas en este enfoque debido a la exclusividad para la que se había erigido dicha universidad.

La formación teórica siempre ha sido un elemento común, consolidado y orientado de acuerdo a las diversas escuelas terapéuticas. En la formación humanista, además del eje teórico se agregó un eje de formación experiencial y afectiva. Dicha formación era impartida a modo de talleres vivenciales que duraban de uno a cinco días y cuyos contenidos se basaban en la Psicología Humanista y Transpersonal. Estos talleres empezaron a funcionar en 1970, con la finalidad de añadir a la formación teórica y técnica, una formación experiencial y afectiva que armonizara emoción y razón, imaginación y observación.

De estos talleres impartidos en las universidades privadas europeas, surgieron posteriormente algunos centros de formación supervisados por Laing y Rollo May, como el Training Europeo Quadriennale di Specializzazione e Formazione Professionale in Psicoterapia. La titulación que se ofrecía en cada Centro o con cada programa era variada. Algunos, como Esalen, advirtieron directamente que no conceden diplomas al estilo formal por coherencia con su propia filosofía y concepción del proceso de formación³⁶⁵.

Un tercer período histórico se ubicaría aquí, en los últimos treinta años del siglo XX, donde la institucionalización, no solo del psicoanálisis sino de la psicoterapia en general, alcanza su apogeo. En este periodo, algunas corrientes psicoterapéuticas reintegraron ciertos elementos del psicoanálisis en sus elaboraciones teóricas e introdujeron, tanto la psicoterapia personal del terapeuta como la supervisión en algunos casos. Este proceso se dio dentro de una formalización cronológica que garantizara cierto tiempo de formación para su ejercicio, sin embargo, no hay testimonio de una consolidación de criterios comunes en la formación de psicoterapeutas en las principales escuelas desde 1980 hasta nuestros días.

En general, la formación en los centros de psicoterapia no se centraba sólo en el aspecto teórico y los conocimientos adquiridos, sino que exigían al mismo tiempo el desarrollo de determinadas actitudes terapéuticas como la madurez personal global (además de intelectual, emotiva, intuitiva, social, etc.), misma que

³⁶⁵ Cfr. Gimeno Cobos, *op. cit.*

se detectaba e incentivaba en los talleres mencionados y que pueden ser una especie de terapia personal para el terapeuta. Por ello lo más frecuente es que en estos Centros o grupos de formación se aconsejara (o se exigiera, según los casos) previo a todo estudio teórico de Psicología Humanista, la participación en grupos de terapia y crecimiento personal y acaso la recepción de terapia individual. De esta manera se consideraba que el futuro terapeuta aprendía en forma experiencial, sin la mediatización de los constructos terapéuticos que luego adquiriría, mientras avanzaba en su proceso terapéutico.

En España surgieron los primeros centros entre los años 1975 y 1980 que, respecto de la formación dependían de profesores extranjeros. Entre 1979 y 1981, surgieron tres asociaciones distintas de Psicología Humanista, revelándose la necesidad de una comunicación interprofesional que diera como resultado encuentros y coordinación de actividades, con la finalidad de compartir información sobre el quehacer y los problemas de la Psicología Humanista en un ámbito más amplio, accesible a la relación internacional.

Después de una fase expansiva, apareció la tendencia a un repliegue del modelo de psicología humanista que implicó la disminución de actividades conjuntas y un aumento en la formación terapéutica y en la investigación. En el ámbito universitario disminuyeron en general las incursiones en la psicología humanista y aumentaron en los centros privados complementando la formación de los estudiantes universitarios que solicitaban este tipo de formación en particular.

En algunos Centros o Universidades privadas, actualmente se pide, para la concesión de los créditos o diplomas, el cumplimiento de requisitos como algunas horas de terapia personal y otros muy específicos en los que se le exige al aspirante capacidad intelectual, empática, emocional e introspectiva.

Así, dentro de los distintos enfoques y entrenamientos terapéuticos ha existido siempre una preocupación por el sustento teórico de los abordajes que promueve cada uno de ellos. La formación en particular, ha sido un aspecto desarrollado lentamente y en distintos momentos para cada enfoque de psicoterapia. Sin embargo, hay elementos comunes que constituyen su

preocupación fundamental a la hora de transmitir lo que un profesional clínico debiera saber y mostrar en el ejercicio de su práctica.

La breve reseña histórica presentada ha tenido la finalidad de detectar los puntos comunes en la formación de profesionales en la psicoterapia desde los principales enfoques de la psicoterapia. Dichos enfoques en las etapas de su desarrollo centraron su atención en la elaboración teórica que sustentaría sus intervenciones terapéuticas, llegando a cerrarse sobre sí mismas cada una de las corrientes que aportaba una nueva idea respecto de lo que debiera ser una cura psíquica o el desarrollo un comportamiento normal del sujeto que le permitiera su autorrealización y adaptación al entorno. Al cerrarse sobre sí mismas, se cerró la posibilidad de diálogo, de intercambio y de enriquecimiento mutuo, confinándose mutuamente a la descalificación de lo diferente para reasegurar sus posiciones respectivas en el ámbito clínico y social.

En México existen diversos institutos o centros formativos particulares de entrenamiento terapéutico han tenido en común la preocupación por la formación de profesionales teóricamente preparados, algunos de ellos añaden una preparación experiencial que promueva el desarrollo de actitudes adecuadas en el futuro terapeuta para la conducción de otros procesos, enfatizando la necesidad del trabajo personal antes de la conducción de otros procesos de crecimiento o análisis.

Sin embargo, la problemática de dicha preparación empieza en las universidades públicas y privadas donde existen pocas oportunidades de especialización para la atención terapéutica y alcanza su culmen en las instituciones públicas que atienden casos graves y que contratan licenciados en psicología sin ninguna especialización para el tratamiento de estos casos.

De acuerdo con lo expuesto en el presente trabajo, se propone mayor formación para todos aquellos que tratan con procesos subjetivos en la salud mental. Lejos de desglosar todos los elementos considerados importantes para la formación de los psicoterapeutas, se propone la consideración de los puntos nodales para el ejercicio ético, a saber, la formación teórica, la psicoterapia personal y la supervisión, constituyen los ejes que tendrían que sostener el

proceso de convertirse en psicoterapeutas, dado que no puede partirse del presupuesto de que todos los psicoterapeutas han avanzado en su crecimiento personal a no ser por algún proceso donde puedan revisar su propia posición subjetiva frente a la vida, a sus síntomas y a los casos que tratan.

Por ello, se enfatiza la necesidad de promover la enseñanza de los aspectos psíquicos inconscientes a través de la teoría psicoanalítica en las universidades, dado que tienden a promover solamente teorías y tratamientos conductuales y neurológicos. Y, del mismo modo, elevar los requisitos de contratación en instituciones públicas para la atención de casos graves derivados de los diversos tipos de la violencia. El trabajo con este tipo de casos requiere también afrontar el desafío del trabajo interdisciplinar que permite abrirse a otras visiones y preguntas sobre la subjetividad humana desde distintos ámbitos.

TERCERA PARTE:

EL MOMENTO DE CONCLUIR

EL ACTO QUE ANUDA

“[...]es bajo la urgencia del movimiento lógico como el sujeto precipita a la vez su juicio y su partida, y el sentido etimológico del verbo, la cabeza por delante, da la modulación en que la tensión del tiempo se invierte en la tendencia al acto que manifiesta a los otros que el sujeto ha concluido”.³⁶⁶

³⁶⁶ J. Lacan, “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma”, *Escritos* 1. Siglo XXI, México, 1978, p.196.

CAPÍTULO 6: EL NUDO DEL TEJEDOR.

6.1. Acto analítico y realidad social

El construcción del presente trabajo se ha elaborado bajo la metáfora del arte de tejer y ha tenido en cuenta la consideración del tiempo lógico en su desarrollo, donde el instante de la mirada nos expuso el contexto socio-cultural de los síntomas, el tiempo de la comprensión desplegó la naturaleza del oficio de psicoanalista, las herramientas teóricas en la comprensión de la constitución subjetiva y las necesidades formativas en la práctica de su ejercicio.

Entramos ahora al tercer momento, el momento de concluir, y no porque la conclusión lo diga todo, sino por el contrario, porque siempre deja preguntas en relación a los casos atendidos, en el diálogo con otras disciplinas, en la variedad sintomática de la actualidad y en el tratamiento de lo singular del sufrimiento humano de cada caso. El momento de concluir se constituye por un acto, por lo que se definirá la naturaleza del acto analítico, se expondrán algunas consideraciones sobre el dolor y se anudaran a casos de incesto atendidos desde la psicología y desde el psicoanálisis.

La posición del psicoanálisis frente a los fenómenos sociales que se traducen en síntomas particulares, genera resistencias por la introducción del elemento subjetivo en el surgimiento de nuevas teorías, ya que estas implican un cambio de paradigma en la concepción del sujeto. Estas resistencias son de naturaleza institucional y cultural en el ámbito social, originan contrapropuestas teórico-prácticas en la concepción del ser humano y su tratamiento que no cuestionen su funcionamiento y favorezcan su mantenimiento. Esta crítica fue realizada por el mismo Freud cuando decidió pasar del tratamiento hipnótico a la técnica propiamente psicoanalítica³⁶⁷ que se diferencia de las diversas posiciones teóricas de filósofos, sociólogos y antropólogos sobre las razones del sufrimiento humano, ya que para los psicoanalistas es importante privilegiar la pregunta sobre lo que el sufrimiento humano nos quiere decir.

³⁶⁷ Freud habla en numerosas ocasiones sobre la terapia psicoanalítica, sus características, las diferencias con el tratamiento hipnótico y la sugestión desde sus inicios en el tratamiento de las neurosis, Cfr. Freud, S. (1905) "Sobre psicoterapia", Vol. II; (1917) "La terapia analítica" psicoterapia", *Op., cit.* Vol. XVI, pp. 408-413

Por ello, no se trata de contrastar dichas teorías, sino de acceder a un saber que emerge del intento de transmisión de un caso clínico sin dejar de tomar en cuenta su entorno. Ya Freud en su tiempo, aborda las neurosis sin desligarlas del contexto social en el que surgen, advierte sobre la resistencia a reconocer la emergencia de los síntomas que genera porque cuestionan de alguna manera el orden establecido. También expone de manera ambiciosa la amplitud de su proyecto analítico que no se restringe sólo al campo de lo individual y espera un efecto en el que el devenir progresivo de las verdades inconscientes se haga colectivo:

El éxito alcanzado por la terapia en el individuo también debe obtenerse en la masa. Los enfermos no pueden dejar manifestar sus diversas neurosis, su excesiva ternura ansiosa destinada a disimular su odio, su agorafobia reveladora de una ambición decepcionada, sus actos obsesivos que representan auto-reproches surgidos de las malas intenciones y las precauciones tomadas contra ellas, cuando saben que todos, allegados y extraños, frente a quienes quieren ocultar sus pensamientos y sentimientos, conocen la significación general de esos síntomas. En un caso semejante, los enfermos, sabedores asimismo de que todas sus manifestaciones mórbidas son interpretadas de inmediato por los otros, las disimularán. De todas formas, ese disimulo por otra parte, imposible, va a destruir el designio de la enfermedad. La puesta en evidencia del secreto habrá de atacar la “ecuación etiológica” de la cual derivan las neurosis.³⁶⁸

A pesar del recelo de las autoridades sociales a reconocer su responsabilidad en el surgimiento del malestar individual y comunitario, y del testimonio del psicoanálisis sobre su responsabilidad en el surgimiento de las neurosis³⁶⁹, Freud reconoce que el camino del psicoanálisis en sus aportes al tratamiento de las neurosis es lento y es necesario saber esperar, ya que la resistencia al dolor que provoca la verdad es fuerte en todos los ámbitos, razón por la que socialmente se ofrecen otro tipo de soluciones “más eficaces” que respondan a sus demandas adaptativas y eviten toda actitud de desafío, sobre todo entre los hombres, ya que rebelarse implica romper con el orden social establecido desde siglos.

Sin embargo, el tratamiento de cada caso desde el psicoanálisis, se verá favorecido en cuanto menos se combata socialmente los aportes del psicoanálisis

³⁶⁸ Freud, S. (1910) Perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica, *Op., cit.* Vol. XI, p.140

³⁶⁹ Cfr. Freud, S. (1927) El porvenir de una ilusión. *Op. Cit.* Vol. XXI, pp 1-13.

y menos se apoyen las resistencias en las ilusiones colectivas para abrir más camino hacia la verdad oculta en los síntomas. Aunque Freud no le apuesta, tanto al refuerzo institucional de la autoridad de los analistas, como a la revelación de las motivaciones secretas de las afecciones y al debilitamiento de las ilusiones, si apuesta al arduo trabajo regido por el amor a la verdad³⁷⁰, cuyo poder es capaz de alcanzar no solo a las neurosis individuales sino también a las colectivas.

Ya Freud explicaba desde 1910 que los indiscretos esclarecimientos del psicoanálisis bloquean el refugio individual y colectivo de la enfermedad, ya que la verdad impele al reconocimiento de la sujeción a las pulsiones y empuja a arrostrar el conflicto que implica asumir la propia responsabilidad en las situaciones que provocan los síntomas que se sufren:

De darse las condiciones (para los esclarecimientos de psicoanálisis), el número de los que hoy se refugian en la enfermedad no soportarían el conflicto, sino que naufragarían rápidamente o causarían una desgracia mayor que la de su propia neurosis. Es que las neurosis tienen su función biológica como dispositivo protector y su justificación social; su “ganancia de la enfermedad” no siempre es puramente subjetiva.³⁷¹

De ahí que nos preguntemos por el acto analítico y sus efectos no solo en el sujeto sino en la realidad social. Si este acto se encuentra teóricamente fundamentado, ¿cómo se contrasta con los efectos del malestar cultural y social que, como caldo de cultivo de diversos síntomas, desafían de manera constante la dimensión ética de su práctica?

Las resistencias que encuentra a su paso son, en su mayoría, reflejo de la necesidad de preservar ese refugio o lugar de contención en la enfermedad para quienes no puedan enfrentar el conflicto que genera la verdad. La ganancia secundaria en la neurosis, derivada de tanto malestar social (alta tasa de desempleo, marginación, violencia, injusticias, aumento de las desigualdades, etc.) siempre es dañina tanto para los sujetos como para la sociedad, por lo que no se deben resignar los empeños en trabajar desde el psicoanálisis. Aunque cada época muestra sus propias resistencias, en la actualidad, el señuelo es la gran demanda respuestas rápidas. Ante esto, el psicoanálisis se ve confrontado

³⁷⁰ Freud, S. (1937) Análisis terminable e interminable. *Op. Cit.* Vol XXIII

³⁷¹ *Op. Cit.* Vol. XI, p.141

y se le exige la validez de sus métodos, que nunca serán los de la ciencia que impera. Se impone la necesidad de respetar los tiempos del análisis, ya que el tratamiento psíquico siempre requiere su tiempo, su espacio y su proceso. Todo esto afecta la práctica clínica que, sin dejar de tomar en cuenta la realidad en la que el sujeto se encuentra inmerso, requiere rescatar los recursos con los que cuenta para hacer frente a las consecuencias de sus síntomas.

Recuerdo mis primeros años en la formación psicoanalítica, donde la frustración derivada de la incomprensión por la falta de suficiente formación teórica, me hacían preguntarle a Lacan a quien no he dejado de leer ¿qué tiene que ver todo este despliegue de grafos, formulas, bucles, y topología en general con el sufrimiento humano, con esos sujetos a quienes escucho? La comprensión de la necesaria representación simbólica de la construcción subjetiva en el proceso analítico, requirieron de una constancia que como intento de respuesta, sólo tuvo cabida en la medida de su apertura al diálogo con los pares en el proceso formativo, con otras disciplinas y con el contexto de la época en que vivimos. Y después de muchos años, llegado este momento, esa necesidad de volver a la pregunta sobre el sufrimiento humano, me ha hecho retomar los casos clínicos atendidos con el saber que conllevan, donde el material recopilado para la presente tesis ha puesto en cuestión la propia posición ética y en tensión el modo de abordarlo.

Por ello, abordar inicialmente la perspectiva psicológica y la continuidad de tratamiento en el cambio hacia la escucha desde la perspectiva psicoanalítica, ha constituido por un lado, un desafío para el trabajo interdisciplinar de los casos de violencia sexual, debido a que la variedad de discursos que intervienen pueden ser invasivos para el sujeto y afectar su re-constitución subjetiva, y por otro, ha alertado sobre la necesidad de enfatizar una adecuada formación para quienes reciben en su consulta, privada o institucional, casos de este tipo, donde el sufrimiento siempre nos interroga.

Las preguntas para la transmisión de los casos surgen a borbotones, ¿por dónde pasar todas estas historias que me aguardan en apuntes y archivos esperando ser abiertos, trabajados y compartidos?, ¿cómo hacer para transmitir la importancia de una adecuada formación para la escucha del sufrimiento humano

y al mismo tiempo dar testimonio del intento de escucharlo?, ¿qué privilegiar en esta tesis doctoral que intenta transmitir el enlace de la realidad, la teoría siempre en diálogo, la ética y la práctica de la escucha?, ¿se trata de “narrativizar la ciencia”, de “cientificar las narraciones”, de las dos cosas o de ninguna? Estas preguntas rodearon la decisión de lo que se transmite a continuación donde se abordan solo dos casos de incesto que provocaron un dolor indecible y cuyo sufrimiento tuvo estragos en la subjetividad. El proceso de escucha en estos casos se fue refinando con el tiempo y en la transición de la espera de un cambio concreto, a la escucha que dejó de esperarlo, hubo un efecto subjetivo, y fue entonces cuando algo de eso ocurrió

El tercer momento, el momento de concluir, tiene por tanto, la dimensión de un acto, acto analítico que supone una posición en la escucha y acto de transmisión que deja abierta las vías para la elaboración continua. Abordar el acto analítico como aporte específico del psicoanálisis, enlazado no solo con lo que se produce en la sesión analítica sino con la misma realidad social, requiere diferenciar brevemente la diversidad que existe en el concepto de acto, sobre todo desde el psicoanálisis y sus antecedentes.

Para hablar de acto en psicoanálisis es necesario remitirse brevemente a sus antecedentes. Desde la psicología, éste término da título a la “Psicología del Acto” creada por Franz Brentano (1838-1917) quien afirma que el objeto de la psicología científica es el estudio de la conciencia conformada por la interconexión de los distintos actos que el sujeto vive,³⁷² por tanto, afirma que los fenómenos mentales siempre son actos y, por tanto, tienen como característica principal de la intencionalidad. Freud no desconocía las elaboraciones teóricas de este contemporáneo suyo, incluso habla de las clasificaciones de la conciencia que éste utiliza: las representaciones como actos que vinculan al sujeto con un objeto presente, como en la percepción o en los juicios susceptibles de ser considerados verdaderos o falsos, así como de los afectos. Muchas de sus obras como *La interpretación de los sueños* o como en *El proyecto de psicología para neurólogos*, dan cuenta de esa mirada científica que estuvo siempre presente en sus elaboraciones teóricas.

³⁷² Cfr. Diccionario de Psicología. Recuperado de la Internet en enero de 2017: <http://www.rinconpsicologia.com/2009/02/diccionario-de-psicologia.html>.

Desde el psicoanálisis y sus elaboraciones posteriores, se pueden detectar diversos tipos de actos que forman parte del estudio del inconsciente, tales como el acto fallido, el *acting out*, el paso al acto, y finalmente, el acto analítico, mismos que describiré brevemente para introducir la importancia del acto analítico.

El acto es estudiado por Freud desde los inicios del psicoanálisis, en su obra *Psicopatología de la Vida Cotidiana*³⁷³ y le da el nombre de *acto fallido*, lo describe como aquellos actos de personas normales que en su trato con los demás pueden realizar acciones que contradicen su intención consciente y que parecen estar desprovistas de sentido. Pueden revelarse en el lenguaje (*lapsus lingue*), en la escritura y en los errores de lectura, así como en los olvidos y los extravíos inexplicables. Los describe como fenómenos que nada tienen que ver con fallos neurológicos, sino como una de las manifestaciones del inconsciente que escapan a la voluntad y donde se juega algo del deseo inconsciente que el sujeto ha reprimido. Este tipo de actos, generalmente no constituyen un síntoma que haga a una persona consultar al psicoanalista, a menos que le haga sufrir su repetición o se pregunte por su verdadero sentido.

Luego de investigar las causas de los actos fallidos y adentrarse en la clínica psicoanalítica como nuevo método, Freud habló del *acting out* como un fenómeno diferente, éste en cambio, tiene que ver con una repetición. En 1917 lo aborda en su obra *Recordar, repetir y reelaborar* diciendo que:

...podemos decir que el analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo repite, sin saber, desde luego, que lo hace. Por ejemplo: el analizado no refiere acordarse de haber sido desafiante e incrédulo frente a la autoridad de los padres; en cambio se comporta de esa manera frente a médico.³⁷⁴

Señaló así que se trata de algo que tiene que ver con lo que el sujeto no quiere recordar, pero lo repite sin saber lo que ello significa. Repite sus inhibiciones, actitudes inviables y rasgos patológicos de carácter, compulsión a la repetición que se da a lo largo del tratamiento, pues repite también en la transferencia y en todos sus síntomas. Lacan lo abordará con más detalle en el seminario de *La*

³⁷³ Cfr. Freud, Sigmund (1901). *Psicopatología de la vida cotidiana* en *Obras completas*. Vol. VI. Buenos Aires: Amorrortu.

³⁷⁴ Cfr. Freud, Sigmund (1914) *Recordar, repetir y reelaborar* (1914), *Op. Cit.* Vol. XII, p.152

*angustia*³⁷⁵ y añade que el *acting out*, además de ser una repetición, se revela como mensaje al analista sobre algo que en el proceso del recuerdo, el analista no escuchó. En la cadena discursiva hay un significante enlazado a esta repetición, está en busca del sentido y se halla ligado a ciertos significantes de la vida del sujeto y va inscrito en una relación con un otro semejante, este significante es el que el analista ha de escuchar.

El *paso al acto* en cambio, está más allá del sentido. Aunque no es un término utilizado por Freud sino por Lacan, se menciona para subrayar lo que Freud sitúa como ese *más allá del principio del placer* que está completamente vinculado a la pulsión de muerte, separado de todos los efectos de eros y de la relación con el semejante. Es decir, el paso al acto marca lo imposible del saber hacer con el lenguaje y con el otro sexo, cuya repetición pulsional resulta mortífera y lleva a la eliminación del sujeto en el suicidio consumado.

Estos tipos de actos tienen que ver con la dinámica psíquica del sujeto. Freud aborda los dos primeros –*actos fallidos* y *acting out*– y Lacan los profundiza, añade los otros dos, *pasaje al acto* y *acto analítico*.

El *acto analítico* desde los aportes de Lacan, es considerado como el instante culmen del momento de concluir, éste se asemeja más a la concepción filosófica en la que se juega el ser del sujeto. El acto desde la filosofía ha sido estudiado por Aristóteles y retomado por muchos otros filósofos para profundizar y comprender su significado. Para Aristóteles, el acto es desde la Metafísica uno de los principios del ser que marca la oposición entre lo que la sustancia es ahora y lo que puede llegar a ser como potencia.³⁷⁶ Pero para Lacan, ese momento culmen tiene que ver para el sujeto, con un movimiento en suposición subjetiva, momento en el que su fantasma inconsciente se enlaza al deseo y encuentra una regulación del goce en los síntomas.

En cuanto al acto analítico, Lacan inicia su seminario con este nombre en 1967 y se ve interrumpido por el movimiento de mayo de 1968 que, aunque lamentó su suspensión, expresó cierta satisfacción, puesto que “su discurso se había interrumpido por algo que, le parecía ponía en juego una dimensión que

³⁷⁵ Cfr. Lacan, Jacques (1962-1963) *El Seminario*. “La angustia”, Vol. X. Argentina: Paidós

³⁷⁶ Cfr. Yepes, Ricardo (1993) “La doctrina del acto en Aristóteles”. Pamplona : EUNSA, D.L. 1993

estaba en relación con el acto tal como él lo trataba en su Seminario”.³⁷⁷ Desde 1963 en el Seminario XI, Lacan inicia una especie de limpieza semántica y teórica sobre la palabra acto para deslindarla de lo que comúnmente se entiende por este concepto en relación a la motricidad y para dirigirlo hacia lo que tiene efecto de Sujeto, donde una acción motriz puede tener valor de acto si se ha originado desde el sujeto del inconsciente.

De este modo, en el análisis, la experiencia de la transferencia como una puesta en acto del inconsciente, posibilita movimientos subjetivos que no solo permitirá el acceso al saber de los síntomas, sino al sinsentido de los enlaces significantes que configuran las ataduras subjetivas enmarcadas en la lógica del fantasma inconsciente. El acto analítico remite a una enunciación en el marco el lenguaje: “*el acto (a secas) ha lugar de un decir, cuyo sujeto cambia*”.³⁷⁸ Un decir que cambia la posición del sujeto frente al goce de la pulsión, movimiento que va de ese más allá del principio del placer que se enlaza con la repetición y con el dolor, a la aceptación de la falla estructural que dispone a reiniciar el ciclo del deseo y que permita hacer nuevos enlaces. “*La dimensión del acto apunta a aquello que en la estructura del lenguaje no es reducible al significante, apunta a la dimensión del objeto causa del deseo en el que se funda la particularidad del decir del sujeto*”.³⁷⁹

Desde la particularidad de este decir del sujeto anclado en el objeto que causa su deseo, el movimiento subjetivo que puede traducirse en el enlace de sus síntomas a actos motrices o a vínculos más responsables, conllevará necesariamente un cambio en la posición subjetiva que los genera. Es en este sentido que el acto analítico puede generar nuevos vínculos sociales anclados en los movimientos subjetivos particulares y en los que los cambios específicos esperados pueden llegar por añadidura como efectos de sujetos responsables de su goce y de su deseo.

Sin embargo, estos efectos no son siempre los socialmente esperados, sobre todo si cuestionan un orden establecido que perpetua el malestar, la

³⁷⁷ Alberro, Norma. Lectura del Seminario XV: Puntualizaciones sobre el acto psicoanalítico. Revista Imago Agenda. <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1150>

³⁷⁸ Lacan, J., "El acto psicoanalítico", en *Reseñas de enseñanza*, Hacia el tercer encuentro, Buenos Aires 1984, p. 47.

³⁷⁹ Bassols, M. "El acto y su borramiento". Virtualia, Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana, Año I, Número 3. Octubre de 2001, disponible en: <http://virtualia.eol.org.ar/003/>

represión y la generación de nuevos síntomas que sirven de algún modo al mantenimiento de un sistema social difícil de erradicar. Por ello, el acto analítico cuyo discurso implica una determinada posición en la escucha, una práctica ética que promueve a la re-construcción subjetiva y que se funda en el deseo para la regulación del goce y sus efectos sociales, puede parecer subversivo provocando las resistencias mencionadas a su ejercicio. No obstante, tampoco el movimiento psicoanalítico se escapa de sus propios malestares en el entorno social, las tendencias a la institucionalización del psicoanálisis advierten de la posibilidad de restarle peso al acto analítico si se diluye en ella. Y la institución que se crea para proporcionar un beneficio social se convierte al mismo tiempo en una paradoja que muchas veces obstaculiza el crecimiento responsable de los sujetos sociales. Las diferenciaciones del acto desde el psicoanálisis, nos llevan a preguntarnos por su incidencia en los síntomas y en la realidad social.

Se han realizado muchas estadísticas y explicaciones que remiten a la complejidad de la naturaleza humana y que constituyen el intento de mermar la angustia, de encontrar una respuesta ante los síntomas que la sociedad genera, estadísticas sobre las causas posibles del desencadenamiento de una patología determinada, clasificada, medicada y estudiada. Estas explicaciones científicas resultan eficientes hasta cierto punto y al mismo tiempo insuficientes, pues los intentos positivistas de controlar las respuestas, las causas y los tratamientos desfallecen paliando los síntomas pero sin poder eliminarlos como pretenden.

Los síntomas apelan a un saber que está más allá de ellos, empezando por su naturaleza inconsciente que los hace emerger y desplazarse, ante lo cual, el psicoanálisis apuesta a nuevos enlaces a partir de ellos, enlaces que implican movimientos subjetivos por la consideración del vacío que origina el deseo de cada sujeto, y que sin pretender ser respuesta para la dimensión social en su conjunto, apela al caso por caso en una lenta acción social que inicia desde dentro.

6.2. Enlazando los hilos de la violencia sexual desde el psicoanálisis

Si el escenario de la clínica psicoanalítica es el caso por caso, adentrarse en él es entrar a lo particular de cada historia, constituye para el analista una gran responsabilidad con respecto al acto analítico que pretende un efecto de sujeto en la dirección de la cura y también gran riqueza tanto en el aprendizaje como en la transmisión de un saber que se extrae de la clínica. Hablar de casos en psicoanálisis requiere una constante revisión de la teoría, que no se desarrolla sin la práctica clínica y viceversa. Entre teoría y clínica hay una relación moebiana, donde se suceden el eje teórico de las enseñanzas de Freud y de Lacan con el eje de la clínica del caso por caso.

Retomar casos de violencia sexual y escribir sobre ellos conlleva además de esa doble dimensión otra relación, es aquella que enlaza el proceso analítico del sujeto y el proceso en la dirección de la cura de parte del analista que escuchó, recibió y ofreció un espacio para la reconstrucción subjetiva. Este espacio contempla la posición particular de *deseo del analista*, por lo que no puede dejar de tomarse en cuenta los enlaces de las primeras elaboraciones freudianas con los aportes de las enseñanzas posteriores de Lacan, cortes epistemológicos que constituyen enlaces de continuidad. Desde la primera elaboración de su teoría freudiana de las neurosis que pasó por la consideración del trauma, de la seducción y de la fantasía que se presentan como nudo borromeo en los casos, hasta su enlace con el concepto de pulsión comandada por la repetición para considerar sus posibilidades de elaboración.

Del mismo modo para Lacan, los síntomas son en un primer momento, metáforas dirigidas al Otro para dar con la verdad del deseo. Luego se tejen las posiciones subjetivas desde las dimensiones del lenguaje –los tres registros que forman propiamente el nudo borromeo de lo Imaginario, lo Simbólico y lo Real– que hablan también de las dimensiones de la clínica psicoanalítica, para posteriormente, resaltar la clínica de lo Real donde los síntomas van más allá de la dimensión imaginaria y metafórica. Esta dimensión real de la clínica da cuenta de cómo están comandados los síntomas por lo repetitivo de la pulsión y desafían la dirección de la cura para la creación de nuevos nudos y enlaces, que entretejen no solo el fantasma y el deseo sino también el goce y el cuerpo del sujeto hablante.

Estos momentos que marcan dos tipos de clínica tanto en Freud como en Lacan, presentan una continuidad donde la primera sin ser abandonada, se enlaza con otros elementos teóricos derivados del trabajo analítico que plantean un segundo momento en la dirección de la cura, momento que se caracteriza por el abandono de la ilusión de una cura total, pero que permite al sujeto –que en estos casos ha sufrido un agresión sexual–, moverse para hacer algo nuevo con sus síntomas, crear suplencias donde algo falta, un nuevo nudo que dé cuenta de su deseo y que al mismo tiempo incluya la responsabilidad sobre su goce.

Es decir, desde un inicio ambos lugares, el del sujeto que habla y el del analista que escucha, se han visto enfrentados a los intentos de expresar en palabras lo no simbolizable de la experiencia subjetiva de una violación, de un abuso sexual en la infancia o de un incesto que, como lazos rotos en los vínculos con los otros, intentan reconstituirse en la construcción de un fantasma hecho de significantes que bordeen el vacío de lo real, para hacer emerger un deseo que se renueve por los impulsos repetitivos de la pulsión y mueva al sujeto a recrear y fortalecer sus lazos, débiles o rotos.

Entonces, en la transmisión de un caso se intenta relanzar la pregunta sobre las posibilidades que en cada proceso surgen con esos lazos: ¿nada?, ¿puro goce?, ¿síntomas menos dañinos?, ¿nudos que comprometan al sujeto?, ¿nuevos enlaces en su deseo? Las evidencias sintomáticas de una experiencia traumática de violencia sexual, hablan de los efectos del goce en el cuerpo y en el aparato psíquico, cuya constitución y dinamismo se ha ido tejiendo a partir de las interacciones con los otros, de modo que éstas dejan al descubierto su vulnerabilidad. Los efectos en lo que se puede considerar como parte del campo de la salud física y mental, aparecen en lo biológico y en lo psíquico, donde el síntoma constituye ese punto de opacidad que remite a la división instalada en el ser hablante que lo sujeta a significantes específicos, significantes que lo marcan, y no a un “individuo” que en su nombre mismo lleva la ilusión de lo indivisible.

El hecho social vinculado a la percepción de la realidad y cuyo lenguaje marca el cuerpo, enlazando o rompiendo los lazos establecidos, hace evidente esa división subjetiva: cuerpos hablados, sexualidades entrettejidas, libido suelta, amarrada, rasgada o rota, cuya historia no hablada, resiste, se repite, quiere ser contada, asimilada y articulada en un nuevo enlace que le dé un lugar en el

campo de lo simbólico y sus lazos con lo social. De este modo, en la experiencia de hechos reales y fantaseados que marcan la subjetividad se mantiene abierta la pregunta, ¿qué hacer con el goce y con el cuerpo?

El analista que en los inicios de su práctica supervisa o controla un caso, lleva a psicoanalistas más experimentados, la elaboración de la lógica del mismo y la contrastación teórica para la dirección de la cura, pero no solo eso, lo que se controla y supervisa es la posición del practicante del psicoanálisis frente al discurso que escucha. El control en la formación psicoanalítica, no es algo contingente sino necesario, pero en sentido estricto, no se controla el caso, sino el acto del analista que trata de dar cuenta de la posición subjetiva de ese paciente en lo que dice y de su propia posición en la escucha.

El analista revela en la transmisión de un caso cómo el lenguaje enlaza los intentos de simbolización ante los agujeros donde no hubo modo de registrar algo sobre lo vivido, en las palabras que emergen sin orden aparente, están las tentativas de encontrar un sentido en lo más irregular de la experiencia. Cuando el sujeto accede a la palabra para contar su historia, forma pliegues que muestran y ocultan, nudos burdos o delicados deshilados en los que reinventa su deseo en una producción nueva.

Por tanto, aunque en una sesión analítica, las palabras que emergen en el discurso del analizante siempre van teñidas de imprecisiones e inexactitudes respecto de la experiencia –debido a que algo en ellas no alcanza a decirlo todo, como si no existieran suficientes palabras para “eso”–, en sus narraciones historiza su existencia, sus creencias, sus vicisitudes frente al Otro y los otros que le dan acceso a la construcción de un fantasma con esa cadena significativa. Este fantasma funciona como un velo ante lo Real, como un intento de asimilación de las experiencias angustiantes, y el borde discursivo que se hace alrededor de ese vacío, constituye su tejido existencial propio con el que se hace un lugar en el mundo.

En estas narraciones se dan enlaces psíquicos inconscientes que se anudan en la experiencia subjetiva y que remiten a su vez a los inicios de la teoría freudiana sobre el origen de los síntomas: trauma, seducción y fantasía, momentos de la elaboración teórica que en el trabajo de la violencia sexual se

despliegan en el escenario del Otro y se articulan en un nudo borromeo. Contar la historia significa para el sujeto recuperar en el hilo de sus palabras, algo de su posición y luego intentar definirla, asumiendo el riesgo de su evanescencia:

*“¿a dónde van las palabras que no se quedaron?...
¿acaso flotan eternas, como prisioneras de un ventarrón?,
¿o se acurrucan, entre las rendijas, buscando calor?,
¿acaso ruedan sobre los cristales, cual gotas de lluvia que quieren pasar?,
¿acaso nunca vuelven a ser algo?
¿acaso se van?, ¿y a dónde van?, ¿adónde van?”³⁸⁰*

No obstante, las reacciones singulares del sujeto ante su propio discurso no alcanzan a ser conscientes y lo que no se consigue decir con posterioridad, lo obstaculiza por un lado, la neurosis misma como condición, esa que se hace síntoma y que entreteje la culpa, la ley, el deseo y la responsabilidad subjetiva. Lo traumático de la violencia sexual da cuenta de lo Real que deja mudo al sujeto y que en estos casos, se da en lo inmediato e imprevisto de una violación, en el enredo que produce la seducción en un abuso sexual infantil y en lo angustiante de ser objeto de goce para el Otro en un incesto que entreteje lo fantaseado del deseo edípico de un modo inconsciente.

De este modo, develar algo de lo que las palabras dejan a su paso es parte de la construcción del deseo en la escucha psicoanalítica, y escribir un caso clínico en psicoanálisis no solo es transmitir lo que se escuchó, sino ser testigo del movimiento subjetivo que se produce cuando se procura articular en la palabra una historia teñida de identificaciones hacia la construcción de algo propio.

Para el sujeto que narra su experiencia existe un antes y un después de su decir en el tiempo, esta temporalidad también lo marca, le deja una huella que contribuye a su propia reinvención, ficción que da acceso a la verdad del inconsciente, que por la vía del significante desgasta lo imaginario, deja aparecer el sustento de lo simbólico anclado en lo real, dejando aparecer la falta estructural, con los efectos de deseo que puede desencadenar.

³⁸⁰ Rodríguez, Silvio (1978), “A donde van”, Álbum Mujeres:
<https://www.youtube.com/watch?v=OSUka5xbphk>

Así, plantear un caso clínico es hablar de cómo el sujeto, al intentar asumir la experiencia vivida, se topa con el sinsentido y da un lugar a lo absurdo que encuentra su desvanecimiento al combinarse con la risa, el llanto o la furia, espacio posible y abierto al juego de las palabras en su combinación discursiva. Es hablar de cómo vive el síntoma como una metáfora que impulsa a repetirse, de cómo enfrenta los restos sintomáticos con los que Freud pensó en su momento que el análisis era interminable, restos que desafían la posición del sujeto para hacer algo con ellos y reelaborar su deseo. También es ser testigo del camino que traza el sujeto cuando se topa con sus modos de goce y se responsabiliza de ellos.

Para el analista, acompañar este trayecto implica haber sido testigo de ese proceso de reconstrucción subjetiva para poder, en un impulso de re-inventiva, contar esa historia: recordar, recortar, seleccionar lo constitutivo de ese análisis, el hilo conductor de significantes que reveló la lógica del entramado de los síntomas mezclados con un componente de ficción que los caracteriza, en tanto estructurados como una verdad por develar.³⁸¹

Por tanto, la clínica psicoanalítica da cuenta de un sujeto del inconsciente que repite el encuentro con lo traumático y se despliega en un mar de historias que buscan resurgir al ser escuchadas en lugar de dejarlas caer en el olvido.

Estas historias que no caben en recetas, se narran sin objetivo concreto ni esquemas o pasos a seguir para ser superadas, sino que estallan en desorden como olas de discurso que envuelven los desenlaces significantes, que ofrecen continuidad al ímpetu de las mareas violentas que constituyen los hechos traumáticos, y se combinan con la singularidad y la habilidad de cada sujeto para transitarlas. De modo que no importa si se repiten las historias sin cesar, siempre producen algo distinto que dirigido al Otro en cada repetición, progresivamente se separan de él en un nuevo oleaje sin fin, reinventándose en cada historia por necesidad, por sobrevivencia, porque sí.

³⁸¹ Cfr. Lacan, J. (1932) "De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad". México. Siglo XXI (1986), p.334.

Este movimiento en el sujeto se da en los tres tiempos lógicos del inconsciente³⁸² que se enlazan de manera continua en todo el proceso analítico y también en una misma sesión de análisis, mientras se despliega el discurso, proceso que no se da sin el instante de la mirada, sin el tiempo para comprender y donde la certidumbre anticipada propicia el momento de concluir, cambio en la posición subjetiva, movimiento progresivo del sujeto a su deseo.

Esto solo es posible en la relación analítica cuando el analista, transita en la transferencia, del lugar del *Sujeto Supuesto Saber* al lugar de *objeto a* que causa el deseo, y se mantiene en su posición, a fin de que el sujeto se mueva bordeando ese vacío haciendo prevalecer el deseo propio sobre el goce del Otro.

El oficio del analista hace posible ese espacio donde se enlazan las historias, pero también le exigen un ejercicio ético en su función. Estar ahí, sin pretender otra cosa que enfrentarse primero al despliegue de los afectos ante la insistencia del trauma en lo real y luego ante el enigma del saber del sujeto sobre sí mismo, significa también presenciar lo que se repite sin cortarlo, evadirlo o impedirlo, pues lo que el paciente reporta hasta el cansancio como una mera repetición de "siempre lo mismo" desde el punto de vista imaginario, constituyen intentos de decir algo más en lo que se dice, que pone de manifiesto la enorme dificultad para ponerlo en palabras o para recordarlo.

En los casos de abuso sexual, el suceso acontecido en la infancia y traído a consulta en la edad adulta, aparece de dos formas, si se acude a una institución y constituye el motivo de consulta, es porque produce estragos en la vida de pareja o en el desenvolvimiento general de la persona y, si se acude a la consulta privada, puede presentar el mismo envoltorio o verse camuflado por otros síntomas que constituyen otros motivos para consultar, pero que remiten al mismo suceso.

En este caso, suele aparecer en sueños, en asociaciones repentinas y pocas veces en recuerdos, por lo que es con la relectura de Freud que volvemos a entender que

³⁸² Cfr. Lacan, J. "El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma", *Op. Cit.* Escritos 1.

“el enfermo puede no recordar lo que hay en él de reprimido, acaso justamente lo esencial... se ve forzado a repetir lo reprimido como vivencia del presente, en vez de recordarlo, como el médico preferiría en calidad de fragmento del pasado”³⁸³.

Sin embargo, en otro tipo de violencia como la irrupción inesperada de una violación, en ocasiones puede ser parte de una repetición –tanto del violador como de la persona violada– en relación a abusos anteriores sin que el sujeto en cuestión pueda vislumbrar su implicación y sus razones inconscientes pero que continúan teniendo efectos en lo social:

“...su contenido es colectivo al estar determinado por las exigencias de configuración de lo social, al tiempo que esta configuración de lo social (con su componente real político y de realidad política) necesita valerse de complejos inconscientes para asegurar su mantenimiento y reproducción”.³⁸⁴

Ya desde 1908 en su obra sobre *La moral sexual cultural*,³⁸⁵ Freud explica que los síntomas inconscientes, propios de la época moderna se deben a la coerción impuesta por la moral cultural sobre la vida sexual de los pueblos civilizados, y que resulta necesaria para el mantenimiento de la vida colectiva. El contexto de la vida colectiva sobre la subjetividad está presente en su pensamiento y no se entiende sin la consideración de los complejos inconscientes. Por lo que, el sujeto del inconsciente tiene su origen en el entramado social que ofrece ciertos lugares, ciertas identificaciones como intentos –muchas veces fallidos– de crear lazos que le posibiliten tener su propio lugar, ya que por estructura, siempre ocupa en un principio el lugar de objeto en sus diversas posiciones, y lo que el análisis posibilita es que se convierta en un lugar de sujeto implicado en su decir, en su síntoma, en su goce, en su deseo.

Entre estas identidades³⁸⁶ sociales que se prestan a las identificaciones del sujeto, especialmente aquél que ha sido violentado, es la identidad de “víctima”

³⁸³ Freud, S. “Recordar, repetir, reelaborar”, *Op. Cit* Vol. XII, p.152

³⁸⁴ Laura Suárez (2009) “Ideal, identidad e identificación. Aproximaciones desde lo inconsciente y lo político”. En *Bajo Palabra*, Revista de Filosofía. Universidad Complutense de Madrid.

³⁸⁵ Cfr. Freud, S. (1908) “Moral cultural sexual y nerviosidad moderna”, *Op. Cit.* Tomo IX

³⁸⁶ La identidad como construcción colectiva que tiene incidencias en la subjetividad implica un estudio muy amplio que puede ser abordado desde diferentes disciplinas y enfoques teóricos y, aunque está fuera del alcance del presente trabajo, podemos rastrear de modo general las raíces de los procesos de identificación en Freud desde *Tótem y Tabú* (1912) y en *Duelo y Melancolía* (1915) establece el concepto de incorporación oral, luego en *Introducción al Narcisismo* (1914) donde habla de la elección de objeto narcisista y la identificación con él, y

significante que se instaura social y culturalmente como producto del destino, de la injusticia y del azar, que no tiene un lugar específico, pero que se acomoda en esa otra identidad con la que se enlaza y que se le proporciona al “victimario”, en quien se colocan el peso y las razones de lo ocurrido y, de este modo, deslinda al sujeto de su responsabilidad en la identificación y de su posición frente a ello. Identidad que el sujeto puede aceptar y alienarse en el papel que el Otro social le ofrece –posición de objeto ante el deseo del Otro– o reconocerse como un sujeto implicado en lo que le sucede y abrirse a nuevas posibilidades y nuevos lazos.

Freud establece que un analista debe “estudiar analíticamente”³⁸⁷ a los pacientes que se instalan en una compulsión de destino. Pero ¿qué significa esto? Algo distinto de la aplicación de un saber exterior y absoluto que defina o diagnostique el caso, pues no se trata de verificar y conectar datos objetivos en las conexiones imaginarias del sujeto, ni un juicio comparativo respecto de otros sujetos y por tanto, no se pretende un estudio acorde al análisis positivista de una investigación científica sobre el caso. Se trata más bien, de un acompañamiento analítico, de fungir como testigos de la realidad psíquica que se desvela en el recorrido discursivo de quien se analiza en transferencia. Pues como hemos dicho, en este recorrido se ponen en evidencia las diversas posiciones subjetivas ancladas en múltiples identificaciones inconscientes, se pone en evidencia su origen y sus repeticiones en la vida del sujeto, en un esclarecimiento progresivo.

Desde aquí, la posición del analista se juega como vacío, como causa que permita hacer emerger la pregunta del sujeto por su deseo donde sus relaciones se despliegan no como individuos, sino como lugares de una escena, lugares simbólicos que presuponen un orden inconsciente en el sujeto que los determina en su discurso. La responsabilidad que se ejerce en el acto analítico conlleva el mantenimiento de la posición de analista desde la dimensión de lo real, y en el

más tarde en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1920), donde distingue y señala a la identificación como la forma más primitiva de lazo afectivo con un objeto. En 1923 habla del aparato psíquico, en *El yo y el ello* (1923) y señala que el yo sustrae libido al ello, transforma las investiduras de objeto del ello en conformaciones del yo, dando a entender que ahí ocurre algo con la identificación. Más tarde, Lacan dedicará todo un año (1961-1962) al seminario sobre la *Identificación*, donde abordará esta problemática retomando los trabajos de Freud y haciendo uso de la topología. En el presente trabajo se busca un aporte restringido desde la perspectiva psicoanalítica, donde los aspectos inconscientes y del lenguaje se ven implicados en la sintomatología de dichos sujetos.

³⁸⁷ Cfr. Sigmund Freud (1933) “Nuevas Conferencias de introducción al psicoanálisis”, 34^o Conferencia: *Esclarecimiento, aplicaciones, orientaciones*, Op.Cit. Vol. XXII. p.144

acto de transmisión, al compartir un caso se revela el compromiso con el psicoanálisis y con el saber construido a partir de la clínica, misma que se da en las coordenadas de un espacio social que habitamos todos y nos habita.

En la propia experiencia clínica, una de las mayores dificultades fue el paso de una escucha psicológica asentada en la dimensión imaginaria e inmersa en los significantes sociales, a una escucha psicoanalítica en la que, a través de lo simbólico se bordeara algo de lo real, ya que también implicó un cambio en la posición subjetiva que tuvo que pasar forzosamente por el trayecto del análisis personal y la supervisión en la formación como analista. El proceso de análisis, la formación teórica y la supervisión de los casos atendidos constituyeron otro nudo borromeo sin el cual se hacía imposible la escucha de lo inconsciente, no podía darse una cosa sin la otra en la dimensión ética de la práctica psicoanalítica.

Estas dimensiones formativas fueron parte del proceso para escuchar de otro modo, para pasar de la certeza y la comprensión a la incertidumbre que produce la pregunta por el sujeto en el trabajo de lo absurdo, del sinsentido y de lo inconsciente, para pasar de la entrevista guiada a una escucha atenta pero flotante³⁸⁸ que posibilitara la re-creación discursiva. En este proceso, colocarse en la posición de analista no fue fácil, nunca lo es, al colocarse ahí en la escucha, pueden producirse esas filtraciones imaginarias de las que todos estamos rodeados para intervenir, entonces uno se descoloca, y se da cuenta, vuelve a colocarse afinando la escucha desde lo simbólico, donde las puntuaciones, los silencios y las escansiones pueden tener un efecto, volver a colocarse para mantenerse en ese lugar, fue necesario para aprender a captar los detalles más ínfimos cargados de saber que dan sentido de los síntomas y sus metáforas particulares en cada sujeto y que se expresaban como un compromiso enlazado a un deseo de saber.

En el trayecto de la escucha, el saber teórico constituido, aunque forma parte del rigor conceptual que siempre acompañó las elaboraciones de Freud, de Lacan y de los psicoanalistas de todos los tiempos en la investigación clínica, son

³⁸⁸ Freud aconseja a los nuevos psicoanalistas a mantener una atención flotante como regla fundamental para el médico, es decir a no fijar su atención en algún contenido particular del discurso del paciente, no privilegiar la escucha de ciertos contenidos, ni anotar mientras se escucha. Cfr. Freud, S. (1912) "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico", Op. Cit. Vol. XII, p.112

solo los apoyos para transitar el camino, es la clínica misma la que los va interrogando y va generando nuevas posibilidades para pensar los trayectos analíticos que se acompañan³⁸⁹. Sin embargo, no hay ningún manual de cómo construir un caso clínico, ese manual no existe ni está por venir, puesto que las diversas formas de presentar y transmitir un caso, tiene para cada analista sus propios obstáculos, vicisitudes de la escucha y del manejo de la transferencia que lo confrontan incluso, con lo aún no dicho en psicoanálisis.

Para el analizante es atendido desde la perspectiva psicológica y luego desde la perspectiva psicoanalítica, que es escuchado de uno y de otro modo, los obstáculos también están presentes, algunas veces el deseo de saber se ve comprometido por el fracaso de un intento anterior. Es decir, muchas veces la experiencia contada –sujeta a las limitaciones del lenguaje– fue escuchada desde lo imaginario y los intentos adaptativos siempre tuvieron sus callejones sin salida si la experiencia contada no fue escuchada desde el lugar de lo simbólico que genera la pregunta por la implicación subjetiva. En este sentido, lo enunciado en cada caso, vacila frente a la enunciación de quien lo produce y se presentan dificultades para “avanzar en la simbolización de un saber sobre lo real”³⁹⁰ que tiñó la experiencia traumática.

Si el deseo de saber a pesar de todo permanece, llegar a la consulta del psicoanalista permitirá al sujeto dar cuenta de su posición en relación al Otro, mostrando un hilo conductor en su cadena significante, trayecto discursivo en el que se configuran las escenas contadas como partes de la construcción del fantasma que ha regido su vida y que muestra el enigma que atraviesa un contenido de identificaciones imaginarias y simbólicas que han propiciado sus formas de goce y determinado su cotidianeidad. Esto es posible con el trabajo en y de la transferencia, habilidades que se desarrollan con la experiencia.

De este modo los “cambios terapéuticos” buscados en general en todas las psicoterapias, y que de alguna manera también se esperarían en el abordaje y

³⁸⁹ En el presente trabajo no se discutirá esta problemática ya revisada y discutida por Hounie, A. (2013) “La construcción de caso en clínica”, en *La construcción del saber en la clínica*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 2ª parte.

³⁹⁰ Álvarez Margarita; Canedo Laura, Gadea Eduard. (2004) *Apuntes sobre la construcción del caso y su transmisión*. Presentación del Seminario del Campo Freudiano sobre casos clínicos. NODVS: L'aperiódic virtual de la Secció Clínica de Barcelona. No. XII, Feb. 2005. <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=168&rev=26&pub=1>

tratamiento psicoanalítico de las agresiones sexuales, se dan desde el entretendido del acto del sujeto derivado del trabajo del inconsciente y el acto del analista desde su posición, actos que se desenvuelven en el tiempo lógico, cambios que se producen como “una añadidura” al saber que se originó en el instante de la mirada y en el tiempo de la comprensión previas.

Este trabajo de lo inconsciente retoma diversos elementos conceptuales que se proponen como nudos borromeos en la clínica de la violencia sexual, incluye los inicios de las elaboraciones teóricas freudianas en relación al origen de los síntomas, donde lo traumático se enlaza a los aspectos de la seducción y de la fantasía que se asientan en las posiciones subjetivas inconscientes, mismas que no son trabajadas desde el saber constituido de la psicología y que mantienen sus resistencias en las diversas corrientes terapéuticas por apoyarse en muchos casos, en la legitimación institucional que pierde de vista el afianzamiento inconsciente de los significantes sociales. Estos significantes sociales suelen prolongar las reacciones sintomáticas e inmovilizar las posiciones subjetivas con la etiqueta identificadora de “víctima”, que luego se extiende a otras áreas de la vida, razón por la que el psicoanálisis, al apostar por el trabajo de lo inconsciente pretende desprender dichas identificaciones que inmovilizan al sujeto para bordear lo traumático simbolizándolo desde una posición responsable frente al goce del cuerpo violentado.

La transmisión del saber sobre la clínica psicoanalítica se va asentando en la medida que pasa el tiempo sobre los análisis transcurridos, por ello, volver al estudio de estos casos en psicoanálisis después de tanto tiempo, ha significado también un síntoma, un retorno de lo reprimido que se pregunta nuevamente por el modo de edificar un saber que tiene su origen en los obstáculos encontrados, en las inconsistencias del lenguaje, cuyo intento de escritura y transmisión, se ve permeado por los códigos teóricos compartidos. Además de dar testimonio, siempre incompleto, de la naturaleza del acto analítico en cuestión, muchas veces estuvo lejos de la comprensión de lo que les sucedía a los sujetos que atravesaban una situación límite en su vida y llegaron a mi consulta sufriendo, abriendo heridas y dejando una estela de preguntas que nos comprometieron a ambos en el proceso.

6.3. El dolor de las fracturas subjetivas

Los afectos que resaltan en el recorrido analítico surgen con intensidad y como en la espiral de un remolino, se ubican y se expanden hasta reducirse poco a poco después, no sin dejar su huella en el sujeto hablante. Uno de los afectos más intensos, surge ante la experiencia del dolor en cuya expresión hablada el analizante hace evidente su falta, es decir, el dolor ante sus pérdidas, pero al mismo tiempo, una especie de instalación en él, una especie de placer –que Freud denominaba de otra índole a la del principio del placer–, que mantenía al doliente atado a su dolor, y cuyo duelo servía al mantenimiento de sus identificaciones posteriores, en las que el sujeto muestra también sus ataduras, su goce entretejido de placer y dolor que rige su sufrimiento.

El dolor involucra el cuerpo de manera radical –ya sea que se trate de un dolor de órgano y/o de un dolor psíquico que permea el malestar y prolonga el sufrimiento– y establece complejas relaciones con variables culturales y subjetivas en las que cada sujeto imprime una huella particular que compromete su intimidad. Desde ahí las siguientes consideraciones.

a. Consideraciones sobre el dolor

Freud es uno de los que se dedican a investigar el estatuto del dolor en el hombre y en su trabajo clínico se deja interrogar por el dolor físico y psíquico de sus pacientes. Sin pretender agotar este vasto campo de investigación, si podemos mencionar algunos momentos en los que lo aborda para la comprensión de los procesos psíquicos y su tratamiento en el psicoanálisis.

Advierte en *El Malestar en la cultura* (1930) que el sufrimiento humano proviene de tres fuentes: “la híper potencia de la naturaleza, la fragilidad de nuestro cuerpo y la insuficiencia de las normas que regulan los vínculos recíprocos entre los hombres, en la familia, el Estado y la sociedad”³⁹¹. El enlace de estas tres fuentes desemboca en la experiencia del dolor que puede ser vista desde muy diversas posturas. Asomarse al dolor es siempre a través de un cristal determinado que lo define, una ventana que nos ofrece siempre vistas parciales para su abordaje y comprensión.

³⁹¹ Freud, S. (1930) “El malestar en la cultura”, *Op. Cit.* Tomo XXI, p. 85

Ya Freud había constatado en su experiencia clínica, que la expresión del dolor mediante las palabras conlleva una descarga afectiva, busca ante todo un reconocimiento que lo justifique en su expresión, que sea removido y eso pueda proporcionarle cierto alivio. Las histéricas le enseñaron a Freud la existencia de un cuerpo enfermo de la verdad, un cuerpo que delataba la marca del deseo que se había puesto en juego, que hacía síntomas no objetivados por el discurso médico, pero que al salir a la luz en la palabra, pusieron en primer plano la dimensión del sentido y la cuestión de lo descifrable del síntoma como acontecimiento en el cuerpo.

En el *Proyecto de Psicología para neurólogos* (1950 [1895]) Freud aborda el dolor como el desborde de grandes cantidades de energía e intenta, como buen médico, hacerlo evidente en el sistema nervioso, calificando la huida del dolor como el más imponente de los procesos. Asocia el dolor con el displacer y el rechazo de la imagen mnémica hostil, que luego será parte de la imagen-recuerdo del objeto que provocó el dolor y cuyo proceso de defensa primaria, Freud llamó “elección de neurosis”. Construye entonces el aparato psíquico a modo de barreras que se fragmentan, filtran contenidos y que constituyen una representación topológica de la subjetividad.

En *Duelo y Melancolía* (1915)³⁹² plantea la melancolía en términos de una herida abierta que encarna el dolor en un agujero en lo psíquico, lo diferencia del duelo en el que la pérdida se da a nivel del objeto y en la melancolía atañe a la estructura del yo. La pérdida que no logró inscribirse como falta adviene dolor, se encarna en la herida abierta que todo succiona, una suerte de agujero negro que produce angustia. Por la herida abierta que deja la melancolía, el dolor corporal suscita una investidura narcisista en la parte del cuerpo afectada, la libido se dispersa, vacía al yo de su capacidad de libidinizar otro objeto y lo deja reducido a un puro desecho deslibidinizado. Pero en el duelo, el dolor se vive como una pérdida del objeto libidinizado y sucede lo que se dice a menudo en los dichos populares, que un dolor saca a otro, pero en realidad lo que hace es desplazar la investidura de un objeto a otro. Esto mismo sucede con el dolor psíquico y corporal, o ataca la estructura del yo o se desplaza.

³⁹² Freud, S. (1915) Duelo y melancolía, *Op. Cit.* Vol. XIV, p. 250

En *Más allá del principio de placer* (1920) Freud menciona como las excitaciones traumáticas rompen los mecanismos de protección psíquica donde el principio del placer queda abolido e irrumpe también en lo corporal:

“Un suceso como el trauma externo provocará, sin ninguna duda, una perturbación enorme en la economía {Betrieb} energética del organismo y pondrá en acción todos los medios de defensa[...] Es probable que el displacer específico del dolor corporal se deba a que la protección anti estímulo fue perforada en un área circunscrita [...]”³⁹³.

Por lo que, el enlace del dolor psíquico que emerge en el cuerpo y el dolor corporal como expresión del dolor psíquico se hace evidente en la experiencia traumática.

Y, en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), Freud se dedica a diferenciar la angustia del dolor y el duelo en relación a la pérdida del objeto. El dolor del duelo es la auténtica reacción frente a la pérdida del objeto, y la angustia es la reacción frente al peligro que conlleva esta pérdida. Lo que primero se evidencia con relación a lo planteado por Freud es que toda pérdida de objeto se remite a la primera, la pérdida de la madre o de quien prodiga los primeros cuidados, que proporcionó no sólo la primera vivencia de satisfacción, sino también la del dolor en la separación, por lo que el dolor (sea físico o psíquico) es algo construido a partir de esa primera experiencia. El dolor es inherente a la vida, pero la "vivencia" del dolor es única en cada sujeto. Es por ello que Freud descubre que el ser hablante habla también con el cuerpo y que el dolor del cuerpo también quiere decir algo, novedad transmitida en el discurso de su época.

El dolor pone en escena el cuerpo y desde la concepción biomédica, opera como efecto de una alteración fisiológica que nos revela su implicación, nos ofrece la vista de su alojamiento, un órgano o zona corporal concreta que lo produce y lo alberga. Al ser el dolor uno de los modos más imponentes de la presencia del cuerpo, no se puede de huir de él, pues lo atraviesa como a una barrera, actúa como un estímulo pulsional continuado y, en consecuencia, se pierde la protección que le brindaba. Pero no hay dolor específicamente humano si el cuerpo no está envuelto por la libido que, como huellas dejadas y por el otro

³⁹³ Freud, S. (1920) *Más allá del principio del placer*, *Op. Cit.* Vol. XVIII, p. 29

de los primeros cuidados, se enlaza con la pérdida del objeto como un dolor interior, donde el cuerpo como origen de la pulsión, transforma el estímulo doloroso en un movimiento ininterrumpido que se equipara a su flujo repetitivo, según constató Freud.

Cuando Freud habla del dolor y de su asiento en el cuerpo, también habla de la libido al dejar planteada la relación entre conservación del cuerpo y el narcisismo. Allí el dolor no es señal de daño, sino un fenómeno de autoerotismo ya que, la libido se aparta del mundo y se ubica en el cuerpo para su cuidado, a veces de un modo exagerado, como en la preocupación de la hipocondría o los desplazamientos metafóricos de la neurosis. Se trata entonces del encuentro del dolor con el placer, mezcla de la que Freud habla en “*Más allá del principio del placer*” y que se puede ligar excesivamente, no sólo al cuerpo sino al discurso que lo habla, quedando como un obstáculo a la dialéctica de la conversación.

Lo mismo se puede sostener desde Lacan que afirma que, la mezcla de placer y dolor se fijan como *goce*, donde el sujeto como efecto de lenguaje se cierra a la dialéctica sobre los significantes que lo atan y, al constituirse de afuera para adentro, cobra importancia en este cierre, la experiencia de la soledad. El dolor físico desde esta perspectiva es manifestación del dolor psíquico y viceversa, se inscribe en un cuerpo inscrito en el lenguaje, erógeno, sexuado y marcado por el significante que sustenta las metáforas en las que expresa sus síntomas.

Entonces, es por la incidencia del significante sobre el organismo que el cuerpo biológico deviene un cuerpo erógeno, es decir un cuerpo simbólico que se prestará como superficie topológica de inscripción a recibir la marca del significante y hará síntoma.³⁹⁴

Existe una profunda soledad en la vivencia del dolor, sea dolor físico o dolor psíquico, en ambos casos se trata de una indefensión que Freud consideraba como desprotección frente a lo pulsional. Así, el dolor de órgano puede existir y ser metáfora del dolor psíquico, puede constatarse la irrupción del dolor en directa relación con acontecimientos de la vida de un sujeto, por lo que sin duda, los dolores físicos y las incidencias del discurso dejan huellas en el cuerpo, no sólo

³⁹⁴ Lora Ma. Elena, (2002) “El estatuto del cuerpo en psicoanálisis”, citado por Liliana Bosia, (2013) en “El estatuto del dolor para el psicoanálisis”. <http://nel-medellin.org>

cicatrices o discursos reiterativos. Sólo en la medida que el sujeto pueda leer las huellas que dejan, podrán ser síntomas que constituyan los intentos subjetivos por simbolizarlo y expresarlo en algún tipo de lenguaje.

El dolor psíquico como parte de un proceso anímico donde se tramitan las experiencias traumáticas, no ofrece como el dolor corporal un panorama de localización objetiva y se presta a múltiples ambigüedades cuando se le intenta cercar, pero entra en un circuito de relaciones intersubjetivas donde pueden ubicarse demandas de diversa índole. Los sujetos establecen con su dolor relaciones que no son del todo lineales y circulan en espiral al expandirse, pues las experiencias dolorosas se adentran en un laberinto de significaciones que va buscando salidas, en su mayoría teñidas de valores disímiles, y terminan enlazándose de modos variados con la queja y con las demandas que se dirigen al Otro a través del otro. Así se articulan en el goce las tres fuentes del dolor: sujeto, cuerpo y demanda que se relacionan entre sí, ya sea como referencia, como espejo o como metáfora de un saber no del todo procesado, pero que conserva sus matices y sus variadas formas de expresión. Puede tener la claridad de la expresión abierta para quien lo reconoce, ser tenue para el que “hace que le duele” cobrando forma ambigua de fingimiento como demanda al Otro, o adquirir un matiz más fuerte en la posición de quien llega a “querer (y pedir) que le duela un poco”.

El cuerpo erógeno sujeto al lenguaje es hablado y su dolor es expresado en el análisis mediante la palabra, como un reconocimiento de su existencia irreductible y de su contribución al proceso de subjetivación donde su descarga pasa por el saber encapsulado del síntoma³⁹⁵ como metáfora descifrable, pero también por el sinsentido del goce en lo real. El goce impregna el cuerpo y se despliega en la variedad, es decir, el modo en que los significantes se “encarnan” en el cuerpo depende de cada hablante en su singularidad, lo que se hace aún más evidente en el proceso analítico: “en el análisis se tendrán que dilucidar esas experiencias de goce, que son tan particulares, que solamente el analizante puede dar cuenta de la trama por la que se encarnan en el cuerpo”.³⁹⁶ Podemos

³⁹⁵ Sigmund Freud (1916) “17ª Conferencia de introducción al psicoanálisis: el sentido de los síntomas, *Op. Cit.* Vol. XVI

³⁹⁶ Castellanos, Santiago, (2009) “El dolor y los lenguajes del cuerpo”, Buenos Aires: Grama Ediciones, p. 37

dar una definición del dolor, podemos hablar de una clínica del dolor, pero siempre lo que está en juego para el psicoanálisis es la subjetividad y se trata por ello, de ver cómo funciona el dolor en cada caso.

b. Los lazos rotos del incesto.

Cuando se somatiza el dolor, se incluye la relación con el Otro bajo sus diversas formas, desde la madre como el Otro de los cuidados, el médico o cuidador como el Otro de los cuidados paliativos, hasta el psicólogo o psicoanalista como el Otro de los dolores del alma como decía Freud...Pero el dolor puede quedar como síntoma psicósomático o devenir síntoma analítico cuando se descubre como parte del fantasma subjetivo –como cuando se busca el dolor como condición de goce sexual, cuando se sufre o se hace sufrir–. Por ello, el dolor también es inherente a los malestares provocados por la violencia sexual donde no solo es la realidad lo que le da su carácter traumático, sino también la fantasmática singular que entra en conflicto, genera un saber inconsciente en los síntomas y que no es producido por voluntad propia, sino que se encuentra oculto en las identificaciones subjetivas.

Tramitar el dolor de la violencia sexual constituye un trayecto laberíntico debido a que, la represión y las resistencias que genera cierran muchas veces el paso a la salida de la verdad en lo ocurrido. Por ello, el proceso analítico requiere evitar el desprendimiento de la responsabilidad subjetiva, porque ello constituye un rechazo al saber y posiciona al sujeto en una relación singular con el goce, misma que va más allá del goce del lenguaje. Articularlo en el lenguaje implica un saber, que lo introduce en un lento recorrido que permite al sujeto valorar las encrucijadas, sopesar los callejones sin salida, volver a recorrer lo andado y resguardarse de caer en el vacío, de modo que en su discurso, logre deshacer el nudo de los significantes³⁹⁷ que lo atan a la posición que ocupó en el encuentro.

Entre las variadas formas de violencia sexual, aquella que es derivada de la escena primordial en su entrecruce con la experiencia edípica es el incesto, cuya interdicción es parte de la ley social y fundamental para la constitución

³⁹⁷ Los significantes para el psicoanálisis, revelan la posición inconsciente del sujeto en su discurso.

subjetiva. Se entiende el incesto “como la actividad sexual entre miembros de la misma familia, en su definición jurídica, esta actividad que va desde caricias hasta el coito y puede darse entre padre e hijo(a), madre e hijo(a), hermanos y otros miembros de la familia, vínculos por los cuales queda prohibido el matrimonio”.³⁹⁸ La investigación sobre este fenómeno se ha dado desde distintos ámbitos y disciplinas que aportan nuevos elementos para su comprensión y abordaje.

El incesto, estudiado antropológicamente por Levi-Strauss³⁹⁹ trastoca los lugares desde donde se establecen los vínculos sociales. Estos lugares son establecidos por el lenguaje, la cultura y la ley social por lo que, jurídicamente es considerado como un delito que debe ser castigado. En su estudio devela también la perspectiva de la bioética que concibe el incesto como un problema moral que exige reparación, aunque quede la pregunta sobre cómo reparar un acontecimiento de tal naturaleza que deja marcas subjetivas tan profundas. Este fenómeno estudiado también desde la perspectiva de las ciencias sociales afecta a las instituciones y al mantenimiento de los convencionalismos en los que se asienta la sociedad y la cultura, afecta las leyes de convivencia y las posibilidades de acceso a lo simbólico desde el lenguaje común establecido.

Desde el psicoanálisis, el incesto constituye el núcleo de la represión primordial originada a partir de la problemática edípica y la función de la castración. La Ley de la interdicción del incesto mantiene una distancia en relación a los objetos edípicos, es decir, hace posible subrogar el objeto originario de la pulsión en búsqueda de otro definitivo para canalizar la pulsión sexual, de modo que también crea y sostiene el deseo que de otro modo se agotaría, provocando la angustia derivada de la consumación del incesto, que resulta destructiva tanto para el sujeto como para el objeto⁴⁰⁰. Por tanto, el incesto como parte de la fantasía edípica, es una realidad que atraviesa no solo el campo de lo individual sino que trasciende hacia el campo de lo comunitario, incluso de lo político y lo social. En su forma individual conlleva una violencia que atraviesa la psique, el cuerpo y lo enlaza con el goce que agota el deseo que lo hace sujeto. Y en su forma comunitaria rompe los lazos con el Otro y con los otros desde el orden

³⁹⁸ Omar A. White Ward; Krysia Campos Chacón (2004) *El Incesto: Su Perspectiva Histórica y Jurídica*, entrevista Scielo, http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000200005

³⁹⁹ Cfr. Levi-Strauss, *Estructuras elementales de parentesco*, Op. Cit.

⁴⁰⁰ Cfr. Sopena, Carlos (2001) *Pulsión de muerte y sexualidad*. RUP. 94, Uruguay.

simbólico, cuya expresión en el lenguaje se da no solo como medio de simbolización, acuerdo y convivencia, sino también como parte del proceso de constitución subjetiva.

Mirar el incesto solo como fenómeno social, desde los acuerdos o convencionalismos propios en la formación de las instituciones sociales, aunque provoca tanto críticas como intentos de legalización en algunos países como Suecia,⁴⁰¹ se corre el riesgo de la ruptura de los lazos que en el fondo sustentan los vínculos sociales, por lo que se apela al establecimiento de La Ley que los mantenga dando a cada quien un lugar en el Otro cultural y social, en el circuito de su deseo que lo distinga como sujeto responsable en su entorno.

Con ello, ambas dimensiones, la que parte de la singularidad de cada sujeto y la comunitaria, se entretajan sin dejar de reconocer la prevalencia de la pulsión y su circuito. Los deseos incestuosos son generalmente inconscientes y, en los casos en que son conscientes, intentan desafiar La Ley generando preguntas respecto de los modelos familiares promovidos por la cultura y que las más de las veces se despliegan con incertidumbre y provocan los desajustes psíquicos que desembocan en la afectación del bienestar individual, el comunitario y el social. Sin embargo, siempre nos enfrentaremos a una paradoja en la que, al establecer leyes normativas en los grupos humanos se hace posible el paso de un estado en que reina la naturaleza instintiva, a otro en el que se instaura la cultura debido a que se asienta en los mecanismos de represión que producen fuentes de malestar, y en cuyo proceso, se constituye el sujeto, define su lugar en el Otro social, atraviesa su deseo y se vincula con el de los otros.

Las relaciones entre los grupos se ven definidas por los lazos de parentesco establecidos como normativas sociales, sin embargo, la existencia del deseo incestuoso es el que hace necesaria su prohibición, y La Ley⁴⁰² de la prohibición del incesto es la que determina las implicaciones subjetivas que hacen posibles los vínculos de cada sujeto al insertarse en la cultura, que es propia de la naturaleza humana debido al origen del lenguaje que ha permitido los vínculos

⁴⁰¹ Jeff, Jacoby, (2007) El camino hacia el incesto legal. Grupo de estudios estratégicos.
http://www.gees.org/articulos/el_camino_hacia_el_incesto_legal_4018

⁴⁰² La Ley (con mayúsculas) hace referencia a la primera ley que dio origen al Superyó como lugar de la moral, que es la ley de la prohibición del incesto, de la cual derivan todas las leyes que imponen un límite a los deseos humanos.

significativos, las alianzas y las diversidades culturales propias de los distintos grupos humanos.

En este capítulo no se pretende abordar con detalle los estudios sobre el origen del lenguaje y la cultura, pero parece importante tomar en cuenta algunas cuestiones planteadas por Levi-Strauss en *Las estructuras elementales del parentesco* (1949), estudio en el que considera significativas las relaciones de parentesco en los seres humanos, distingue entre naturaleza y cultura y concluye que, aunque exista una falta de claridad sobre cómo se produce el paso de una a otra, si se puede considerar un doble criterio para diferenciarlas: la universalidad que es propia de la naturaleza, y la norma que es propia de la cultura.

Esto no se plantea como una cuestión lineal porque no queda claro dónde termina la naturaleza y dónde comienza la cultura y cuál es el papel que juega el incesto, comenta que "la prohibición del incesto no tiene origen puramente cultural, ni puramente natural, y tampoco es un compuesto de elementos tomados en parte de la naturaleza y en parte de la cultura [...] constituye el movimiento fundamental gracias al cual, por el cual, pero sobre todo en el cual, se cumple el pasaje de la naturaleza a la cultura permitiendo ese vínculo entre ambos, es decir, en la prohibición del incesto la naturaleza se supera a sí misma.." ⁴⁰³ y pasa de estructuras más simples de la vida animal a otras más complejas en el ser humano. En estas estructuras el incesto provoca horror y se convierte en el eje fundamental de los vínculos generados, además de los efectos en la subjetividad individual y colectiva.

Desde 1913, Freud se adentra en cuestiones antropológicas y utiliza el mito de la horda primitiva en *Tótem y tabú* para explicar la importancia del tótem en las tribus primitivas que solían tener las mismas normas de orden religioso y de orden social, estableciendo como norma "...que los miembros del mismo tótem no entren en vínculos sexuales recíprocos..." ⁴⁰⁴ dando origen a la ley de prohibición del incesto y al establecimiento de la exogamia en los grupos regidos por el mismo tótem. Freud al analizar el incesto, lo hace no solo como un fenómeno social, sino también en sus consecuencias psíquicas. Aborda el concepto de tabú, resalta su dualidad sagrada y peligrosa que provoca miedo al

⁴⁰³ Cfr. Levi-Strauss, C. (1949) *Las estructuras elementales de parentesco*, pp. 41-59.

⁴⁰⁴ Sigmund Freud (1913) "Totem y Tabú", *Op. Cit.* Vol. XIII, p. 13

poder de las pulsiones más primitivas, esto genera restricciones de tipo moral y prohibiciones vinculadas a sentimientos ambivalentes, donde la atracción por lo prohibido provoca deseo y culpa.

Así, para el psicoanálisis, en el abordaje del problema del tabú se incluye todo lo relativo a las prohibiciones personales que le implican “la exploración de la parte inconsciente de la vida anímica individual”.⁴⁰⁵ Estas prohibiciones se originan en las reglamentaciones y convencionalismos sociales que ejercen presión en contra de los impulsos incestuosos generando propiamente la represión y desde ella, las leyes de convivencia entre los sujetos de un mismo grupo. Por ello, lejos de ser exhaustivos o reduccionistas de la obra Freud y del análisis de Levi-Strauss entre otros, al analizar el problema de la ley de la prohibición del incesto en la cultura, es legítimo considerarla como producto de la represión de los impulsos incestuosos que tienen origen en la sexualidad infantil a partir de los primeros vínculos con los padres, tema por demás controvertido en su época, así como la consideración de las consecuencias psíquicas de las diferencias anatómicas de los sexos, acaso sean estos deseos incestuosos que posteriormente se reprimen⁴⁰⁶ lo que facilita el desarrollo del mundo cultural y la aceptación de sus reglas, lo que nos hace preguntarnos, si seremos humanos por el simple hecho de ser edípicos.⁴⁰⁷

Por tanto, la existencia de la Ley de la Prohibición del Incesto está cimentada en estructuras de parentesco que construyen el vínculo de los lazos sociales y van más allá del ámbito individual del sujeto, por lo que su rompimiento afecta los lazos primarios de la estructuración social, provoca angustia en el sujeto que se ve como objeto de goce del Otro que arrasa con su deseo y con las íntimas significaciones del lugar del sujeto en el mundo.

El tratamiento del problema del incesto tiene múltiples dimensiones y suele ser multidisciplinar, pues por un lado, la ciencia médica presenta la naturaleza de las relaciones biológicamente posibles, y por otro, en el contexto de las ciencias

⁴⁰⁵ Sigmund Freud (1913) “Totem y Tabú”, *Op. Cit.* Vol. XIII, pp. 32-34

⁴⁰⁶ Cfr. Sigmund Freud (1905) “Tres ensayos sobre teoría sexual”, volumen VII; “La organización genital infantil” y “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos”, ambas obras en tomo XIX y, de 1924, “El sepultamiento del complejo de Edipo”, *Op. Cit.* Vol. XIX.

⁴⁰⁷ Aragonés, Raúl J. “Sobre el origen y naturaleza del incesto en la teoría de la evolución”. <http://intercanvis.es/pdf/19/19-01.pdf> recuperado enero de 2016

sociales, la sociología aborda su estudio como un fenómeno con implicaciones sociales y culturales, el derecho estudia la ley de donde proviene el establecimiento de las reglas en los grupos sociales que se establecen, la psicología trabaja en la tramitación del dolor de la experiencia traumática y las consecuencias psíquicas en el sujeto, mientras que el psicoanálisis por su parte, aborda su fundamento en las raíces inconscientes y su importancia en la constitución subjetiva⁴⁰⁸.

Todas estas disciplinas crean la multiplicidad de discursos de las que emergen, en el mejor de los casos, múltiples preguntas para la mejora del tratamiento en las instituciones. La consideración del enfoque psicológico-legal de los casos de incesto, tiene la ventaja de ser un tratamiento del “caso por caso” de acuerdo a la individualidad de quien ha vivido el evento, sin embargo, en su intento de entrar en los retos actuales de la interdisciplina, se corre el riesgo de regirse por un discurso que se torne invasivo y que obture las preguntas —esas que surgen en la singularidad de cada caso y en la particularidad de cada paso— con un saber constituido e inamovible sobre su objeto de estudio. Esto puede suceder en el tratamiento de la subjetividad debido a las presiones de los procedimientos sociológicos e institucionales que quieren hacerlos entrar en sus consideraciones estadísticas.

Por ello, la escritura de casos clínicos en psicoanálisis obedece a la construcción progresiva de un saber que no está constituido de antemano para todos los casos. Es bien sabido que Freud escribió sus grandes casos a modo de historiales clínicos e inauguró con ello un nuevo modo de escritura en el que las contradicciones y la insuficiencia de la lengua, permiten bordear lo que está más allá del campo científico positivista y que a diferencia de los casos escritos desde la psiquiatría, marcaron el inicio del psicoanálisis, generaron otro tipo de saber que sería puesto a prueba y que —sin abandonar el rigor científico— generaría un nuevo estilo literario, el del caso clínico psicoanalítico: *Sé muy bien que una cosa es expresar una idea bajo la forma de una pasajera observación y otra tomarla en*

⁴⁰⁸ Cfr. Eva Giberti, (Coord) (1988) “Incesto paterno-filial: una visión multidisciplinaria: perspectivas históricas, psicológicas, jurídicas y forenses”. Buenos Aires: Editorial Universidad, 1998.

*serio, conducirla a través de todos los obstáculos y conquistarle un puesto entre las verdades reconocidas.*⁴⁰⁹

Por su parte, Lacan escribe poco sobre sus propios casos, analiza los historiales freudianos y retoma ficciones literarias para resaltar los enlaces de lo interno con lo externo, de lo singular y lo colectivo que se entretajan produciendo en cada caso un nuevo saber. Las diferencias en la escritura hacen notar la dificultad para dar cuenta del acto analítico y la riqueza de los distintos estilos de transmisión de un saber que mantiene abiertas las interrogantes sobre la clínica psicoanalítica.

Plantear y transmitir un caso clínico desde el psicoanálisis ha de preservar los mínimos criterios éticos en la construcción de saber que de él emerge, por lo que –al igual que en los casos anteriores– se mantiene por respeto ético, el anonimato de la paciente. De este modo se enlaza también el saber en la escritura de los casos derivados de mi propia clínica, escritura que se da en tiempos distintos, lo que hace que su modo de presentación lo sea también. Estos casos fueron atendidos hace más de quince años, empezaron desde la perspectiva psicoterapéutica y se continuaron desde el psicoanálisis y, a fin de resaltar aspectos importantes en la dirección de la cura, se retoman algunos ejes teóricos ya abordados en el capítulo cuarto para establecer los puntos primordiales con los que se tejen las historias recibidas y que nos servirán de guía en su seguimiento.

Se pretende retomar los nudos conceptuales propuestos en la segunda parte de este trabajo, pero más que contrastar teóricamente los conceptos presentados para preservar su certeza, se retoma la ilación de fragmentos del discurso que permiten construir la lógica del caso, captar el saber inconsciente y la posición del analista en el proceso que no dejó de revelar contradicciones, paradojas, sentidos y contrasentidos que mantienen abierta las preguntas hacia un saber en continua construcción.

Lo que estos casos tienen en común es el evento traumático del incesto, que en cada caso produce saberes únicos para cada sujeto en cuestión. De estos casos se desprenden reflexiones sobre la teoría y la práctica psicoanalíticas que

⁴⁰⁹ S. Freud, (1914) “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico”, *Op. Cit.* Vol. XIV

se van entreverando en los textos de formas variadas, pero que en general vienen al final, ciertamente cuando después de haber acompañado estos análisis surgió la necesidad de escribir sobre ello.

c. El dolor de los lazos rotos: dos casos de incesto

Desde las breves consideraciones sobre el dolor, los estudios sobre el incesto realizados por Levi Strauss y los aportes freudianos sobre los elementos de la constitución psíquica que en su primera y segunda tópica se anudan sin poder desenlazarse, se proponen en los siguientes casos de incesto –como se ha mencionado–, enlaces teóricos, pero se anudan primordialmente las fases del pensamiento freudiano inicial –trauma, seducción y fantasía– como un nudo borromeo imposible de desanudar. Los contenidos de estas historias son una selección del material discursivo de las pacientes, por lo que se constituyen en a modo de reconstrucción en el tiempo cronológico y lógico de cada caso.

c.1. Derecho y revés

Ana⁴¹⁰ es una mujer de treinta y un años que llegó a consulta en la institución por haber sido abusada sexualmente por su padre durante muchos años. Se quejaba de mal humor, sentimientos de auto devaluación, llanto constante, irritabilidad, dificultad para poner límites a la gente, agresividad con su hija. Se aislaba, no quería salir de su casa ni relacionarse con la gente, no encontraba sentido a la vida. Decía estar siempre deprimida, haber llegado al límite y tener siempre ideas suicidas. Su esposo la apoyaba para que buscara ayuda por su depresión, pero no sabía nada de los abusos en su familia.

Ante la angustia que presentaba en las primeras sesiones, Ana se preguntaba desde el inicio si ella lo había provocado todo, se cubría el rostro con las manos y lloraba. Emergía ahí una transferencia que, como nuevo vínculo inconsciente le generaba⁴¹¹ culpa y decía que no sabía por qué tenía que hablar de estas cosas que nunca había hablado con nadie, que seguro su madre se lo

⁴¹⁰ Caso trabajado en: Castro, G. (2017) "Angustia, culpa y deseo. La interdisciplina en un caso de incesto", en Zohn Muldoon, T. (Coord) *Investigación en psicoterapia: acercamientos y líneas de reflexión*. Guadalajara, Jal: ITESO;

⁴¹¹ Cfr. Sigmund Freud, (1912) "Sobre la dinámica de la transferencia". *Op, Cit.* Vol. XII, pp.102

reprocharía, pero luego decía que podría sentirse mejor si lo hablaba. Y, a partir de ahí, comenzó a tejer su historia, trabajar la transferencia le permitió moverse, pasar de una posición subjetiva de victimización a una posición responsable que forzosamente pasaba por la culpa.

Entre datos concretos de su historia, contó que era la quinta de siete hijos, cuyos padres aún vivían y tenían alrededor de sesenta y dos años o poco más. El nivel educativo de la madre era de educación primaria y del padre de educación secundaria, la relación entre ellos era de poca comunicación y mucha agresividad, peleaban con frecuencia. Ambos eran comerciantes al igual que todos sus hermanos y hermanas excepto una, cuya profesión era abogada y a quien los padres siempre tenían en alto aprecio. Algunos de sus hermanos solo habían cursado la educación secundaria y otros llegaron hasta el bachillerato.

En su relato, contaba que vivió en un ambiente de abusos sexuales. El padre abusó sexualmente de todos los hijos con la complicidad materna. Entre los abusos más duraderos estuvieron el de la hermana mayor, el de ella y del hermano menor que duraron varios años cada uno. Aunque estos eventos eran como un secreto a voces, se hizo evidente cuando una de las hermanas le contó que había sorprendido a su padre teniendo relaciones sexuales con la hermana mayor, de la cual se decía que no era hija de su padre, sino producto de una violación sufrida por la madre antes de casarse con él.

Por esto que se dio cuenta de la razón por la que el padre sacó a su madre de la recámara y mantuvo relaciones sexuales con esta hija hasta los treinta y cinco años (en ese momento tenía cuarenta y dos) quien tuvo varios abortos producto de estas relaciones. En otro período se llevó al hermano menor a dormir con él durante dos o tres años. Posteriormente, la misma hermana mayor, a los veinticinco años abusó sexualmente también de su hermano menor que entonces tenía ocho años. Entre otros síntomas familiares estaban la sordera de un oído en dos hermanos y la epilepsia en otra, algunos con obesidad o sobrepeso.

Por su parte, Ana sufría también de obesidad y asma, contaba cómo a lo largo de su infancia desarrolló un carácter poco sociable, siempre fue reservada y se aislaba, su desempeño escolar fue deficiente, logró terminar la primaria a los catorce años. En su discurso iban apareciendo sus recuerdos: recordaba los

abusos desde muy temprana edad, cree que desde los tres o cuatro años de edad, y haber empezado a trabajar a los siete años, vendiendo cosas de madera hechas por su padre, las vendía en los tianguis (mercadillos). Al momento de la consulta trabajaba por períodos como auxiliar doméstica con su hermana abogada.

Cuenta que su madre solía decirles que la gente era mala, razón por la que no le gustaba salir a la calle ni tratar con la gente. Sólo había, entre los parientes significativos, un tío materno que fue el único que los defendía de su padre cuanto podía y aunque no mencionó cómo los defendía, si decía que se quedaba con ellos para evitar dejarlos solos con su padre. Ella lo recuerda como una persona que la cuidaba, pero murió cuando ella tenía quince años. Recuerda sus intentos de defenderse de los abusos de su padre, salía corriendo o se escondía, pero su padre que es muy alto, siempre la alcanzaba y la sujetaba con mucha fuerza y entonces ella ya no podía hacer nada.

“...a mí, mi padre me espiaba cuando me bañaba y aunque abusaba de mí desde pequeña, empezó a hacerlo frente a mi madre a los once años y ella solo decía que así le gustaba jugar a mi papá (llora) y no hacía nada por sus siete hijos, abusó de todos. Nos mostraba películas pornográficas y revistas con diferentes posiciones sexuales”

Este juego de miradas pasaba a formar parte de sus síntomas. El padre miraba su cuerpo con deseo y lo abusaba, la madre veía como el padre abusaba de su hija y apartaba la mirada, más tarde ella evitaba ser mirada por otros. Dentro de los síntomas que presentaba, estaba la obesidad: “...cuando mi padre se enojaba me escupía, se burlaba de mi cuerpo y me decía “costal de caca”, “costal de grasa”, “puta”, “eh vieja guanga ven acá”, y aunque yo le decía que me dijera por mi nombre, él se burlaba de mí y me golpeaba...”. Ana decía haberse dejado engordar desde que se casó para salirse de su casa porque “así nadie la iba a desear y la iban a dejar de molestar”. Los ataques de asma que padecía, sobrevenían en momentos de angustia ante los recuerdos de los abusos del padre.

Los lazos transferenciales no tardaron en aparecer, los sueños y el despliegue de algunos de sus propios síntomas se presentaban como un derecho y un revés, cuya significación estaba aparecía de modo intermitente y se vinculaban al momento de intentar articular en la palabra sus recuerdos. En una sesión

narró haber tenido una semana de vómitos y diarrea cada vez que recordaba los abusos de su padre. Ante la intervención sobre la elección del vómito en lugar de la palabra, comenzaba a llorar y decía que se castigaba por hablar, que se sentía muy culpable, como si estuviera traicionando a su madre al decir cosas que nunca habían salido de su familia. Su entrada en análisis se enlazó con la pregunta sobre su participación en tales eventos incestuosos, se sentía muy culpable por ello y creía que ella podía haber provocado el abuso.

Se preguntaba “¿acaso yo lo provoqué?, entonces ¿si soy culpable?”. Aunque se veía sufriendo un castigo injusto, seguía preguntándose “¿por qué otra vez?, ¿acaso me lo merezco?, ¿por qué me pasó esto a mí?, ¿será porque mi padre realmente me quería, o porque me odiaba?”. Interrogaba al Otro por el lugar que ocupaba en su deseo y su propio deseo inconsciente surgía como una pregunta. La inquietud ante ambas posiciones le permitía al menos considerar su propia implicación inconsciente en tales eventos.

Estas preguntas surgieron ante la sorpresa de sus recuerdos, cuando mencionó la edad de los abusos se confundió, dijo que entre los tres y los cinco años, pero luego mencionó que desde los 8 o 10 meses, época poco posible para recordar un evento de esa naturaleza y donde al mencionarlo se jugaba algo de orden de la *fantasía*⁴¹². Más probable la edad en la que se atraviesa la experiencia edípica de la mayoría de los sujetos y en su caso, el despliegue de la *seducción* del padre en la que el juego y el deseo se entreveraban, se convirtió en forzamiento y violencia constituyendo el *trauma* de la experiencia que, junto al deseo edípico inconsciente fue reprimida y procesada a través de sus sueños. *Trauma, seducción y fantasía*, elementos de la teoría freudiana sobre el origen de las neurosis, se anudan en el caso como sucesiones lógicas en su discurso, en sus narraciones sobre lo traumático de lo inesperado y lo indecible de la seducción paterna en la experiencia violenta.

En este momento del proceso, lejos de desculpabilizarla, para asumir la posición de víctima, como suele hacerse con el trabajo psicológico en las instituciones ante este tipo de eventos, era necesario atravesar la culpa, no para

⁴¹² En cursivas solo para resaltar el entramado de trauma, seducción y fantasía a las que Freud alude por separado en el estudio sobre el origen de las neurosis y que en estos eventos se enlazan como momentos lógicos.

permanecer en ella, sino para preguntarse por su implicación subjetiva y por la responsabilidad de su deseo. La sensación de culpa la movilizaba hacia la responsabilidad y le permitía elaborar sus propias hipótesis, hablar de ellas le servía como un asidero contra la angustia sin fondo que le provocaba por la certeza de ser el *objeto de goce* para el Otro (incestuoso por parte del padre, cómplice por parte del a madre) y la culpa en cambio, le permitía simbolizar el trauma de la experiencia.

Era evidente el trabajo de lo inconsciente en sus sueños, pues muchas veces soñaba tener relaciones sexuales con su padre y decir que en sus sueños no se sentía mal, que las disfrutaba porque además el decir del padre justificaba tales eventos: "...no, no recuerdo de lo que sentía cuando mi padre me penetraba... él solía decirnos cuando llorábamos que si antes en los pueblos no se prohibía el incesto que ahora no le anden con chingaderas (sandeces) que eso es normal...". En su decir se enlazaban el dolor y la culpa haciendo evidente su división subjetiva, su sujeción a la pulsión y sus recorridos laberínticos hacia el deseo inconsciente.

Atravesar la culpa implicaba también hablar de esa relación ambivalente hacia el padre y, a través de las inconsistencias del lenguaje y la dificultad para hablar sobre lo vivido, caía en cuenta de esa mezcla de amor-odio que emergía del reconocimiento del deseo edípico, cuya verdad le provocaba el horror. La culpa, la contradicción y el dolor, la llevaron en su momento, a un intento de suicidio con pastillas tomadas en el baño cuando tenía ocho años de edad y que, como no pudo lograrlo, le entró una profunda tristeza y empezó a arrancarse el cabello: "...en la escuela se burlaban de mí porque tenía ya un hueco en el cuero cabelludo por arrancarme el cabello y mi madre ni siquiera se preocupó por lo que me pasaba...", síntoma que le duró varios años.

Decía en medio del llanto que no podía comprender como un padre podía tratar así a sus hijos, manifestaba frecuentemente rabia y resentimiento hacia él por su conducta abusiva, que al fin parecía disculpar cuando el odio se desplazaba hacia su madre por haberla permitido. A la par de la narración de su historia acababa mencionando los síntomas típicos que surgen como efectos subjetivos de la violencia sexual: indefensión, impotencia, asco y odio a sí misma y a su cuerpo, sensación de suciedad, pena por ser mujer, falta de sentido de vida

y sensación de no valer, ideación suicida ante la imposibilidad de tener un lugar como sujeto en el Otro.

“Me siento sucia y culpable, recuerdo los abusos de mi padre, cómo nos decía cosas muy duras a cerca del sexo, que las mujeres eran unas putas y que solo servían de bacinica a los hombres. Cuando tenía como siete años ya tenía mucha curiosidad sexual y veía todo con morbo. Y luego, cuando lo hablé en Comedores Compulsivos⁴¹³ me dijeron que yo lo había provocado y eso me hizo sentirse más culpable todavía... ahora solo me da por limpiar todo...”

Ante la sola intervención “limpiar todo”, no tuvo dificultad en asociar esta conducta con el deseo de limpiarse la culpa, el morbo y la suciedad que sentía en su cuerpo y en su mente, de arrancarse los recuerdos y borrarlos. Y en varias ocasiones, al devolverle de manera distinta la pregunta sobre arrancarse los cabellos, hacía silencio y lloraba, las primeras veces decía que no podía estar quieta, que se sentía ansiosa, luego fue acercándose con otras asociaciones al núcleo de su angustia y decía que la ansiedad que sentía aumentaba cuando recordaba cómo su padre la manoseaba, le metía los dedos y la sujetaba con fuerza y que no quería recordarlo:

“cuando estoy en casa, me da por limpiarlo todo, como si quisiera limpiarme a mí misma... ahora sé por qué me arrancaba el cabello, quería quitarme los recuerdos de la cabeza. Quería explicarme que, si esa era la forma de quererme de mi padre, entonces yo estaría mal y quería arrancarme la culpa y el remordimiento...”

Otro efecto era el aislamiento, no salía de su casa, no le gustaba tratar con la gente, creía que la iban a agredir. Derecho y revés, entre el goce (como enlace entre el placer y el dolor) con el deseo, entre la angustia ante el trauma de lo real, de ser el objeto del goce perverso del Otro y la culpa por su fantasía, experiencias que fue posible tramitar en lo simbólico a través de sus sueños en los que intentó bordear la culpa y enlazarla con la responsabilidad por su implicación subjetiva.

Asociaba su propia experiencia traumática con lo difícil que le resultaba ser madre. Contaba que en ocasiones dejaba a su hija, entonces de ocho meses, al

⁴¹³ Grupo de autoayuda con un programa de recuperación basado en 12 pasos parecidos a los del tratamiento de Alcohólicos Anónimos, pero en relación a la compulsión por la comida en el que los participantes hablan de las causas de la ansiedad que los lleva a comer de manera compulsiva. Tuvo sus inicios en Estados Unidos en 1960 y se ha ido extendiendo por el mundo, en la Ciudad de México existen centros en cada zona de la ciudad.

cuidado de sus padres cuando se iba a trabajar. Pero dejó de llevarla porque su padre había intentado abusar de su hija como afirmaba que lo había hecho con ella desde esa misma edad (no dice como supo este dato, elaboración fantasmática posterior a su recuerdo) y desde entonces dejó de llevarla con ellos, la vigilaba mucho, no permitía que nadie se le acercara y no la dejaba jugar con nadie.

...no recuerdo a mi padre siendo cariñoso, a veces veo a mi hija como él me veía, con odio. Mi padre me mordía y yo también a veces muerdo a mi hija. En la escuela me han dicho que mi hija muerde a sus compañeros cuando está enojada. Me cuesta trabajo ser mamá y ser cariñosa con ella, a veces me dan ganas de estrangularla, de pegarle, le doy solo un manazo y mejor la ignoro; siento que picarle las nalgas o morderla es normal, cuando la baño tengo miedo de tocarla, de dañarla, y ella está muy rebelde, hace muchos berrinches, no me obedece y dice que quiere más a su papá —él la consiente en sus berrinches—, sé que mi hija no tiene la culpa de lo que me pasó, pero siento necesidad de sacar el odio que le tengo a mi padre. Siento mucho coraje conmigo misma, porque veo que mi hija se defiende de todo y yo no pude lograrlo cuando era chica... Muchas veces tengo la tentación de no regresar a terapia porque tengo miedo de enfrentarme conmigo misma.

Durante su trayecto, fue haciéndose consciente de cómo se veía reflejada en su hija de tres años y decía tener miedo de sus impulsos a repetir. El trabajo en transferencia permitía ubicar el discurso de la paciente en las dinámicas del Otro, en su goce perverso que la hacía objeto, al tiempo en que se vislumbraba el modo como intentaba bordear la angustia, asumiendo la culpa ante su repetición y el goce derivado de ello, así como de los resquicios de su deseo.

En ese proceso de historización Ana empezó a enlazar sucesos pasados con lo que le ocurría en el presente y, sin poder adentrarse en el mar de las significaciones, su compulsión a la repetición la hacía, no solo permanecer en la posición de ser objeto del goce perverso del padre y su discurso, sino reconocer desde las primeras sesiones, sentirse tentada a repetirlo en las relaciones con su esposo sin poder encontrar una salida:

“... a veces hago enojar a mi esposo para que él reaccione como mi padre y me pegue, pero él no me pega, me trata bien. Siento que odio a todos los hombres, creo que todos son violadores, que no tienen sentimientos y me cuesta trabajo ver

que mi esposo es bueno conmigo. Yo ya no quiero tener más hijos y no sé qué haría si tuviera un niño varón, los rechazo”.

En esa espera del golpe del esposo “del mismo modo como hacía mi padre”, Ana intentaba no sólo aceptar su culpa y pagar por ello, sino también tramitar su deseo, deseo inconsciente que nos remite a las consideraciones freudianas sobre eso que va más allá del placer en el dolor y que Freud expone en su obra *Pegan a un niño* de 1919, donde resalta la importancia de las vivencias tempranas, las fantasías de paliza que emergen entre los cuatro y los cinco años de edad, su vinculación con el complejo de Edipo, sucesos en los que “la fantasía de paliza deriva de la ligazón incestuosa con el padre”,⁴¹⁴ y su consecuente sintomatología derivada de la culpa.

Dentro de su relación de pareja presenta síntomas depresivos, poca comunicación y dificultades en la vida sexual, pues para evitar las relaciones sexuales con su marido, hacía dormir a su niña entre ellos:

... evito lo más posible tener relaciones sexuales con mi esposo, cuando nació mi hija, hasta de él desconfiaba pensando que abusaría de mi bebé, pero me di cuenta de que él no tenía “mente de violador”. Cuando lo tengo cerca siento como si su aliento y respiración fueran los de mi padre y no disfruto las relaciones con él, aun cuando él no me maltrata sino que me trata con cariño, pero recuerdo las cosas que me decía mi padre cuando se burlaba de mi cuerpo y me decía “costal de caca”, “costal de grasa”, “puta”, “eh vieja guanga ven acá”...

Estas frases se repetían cada vez que recordaba los abusos del padre, como necesitada de un nombre propio que la definiera de manera distinta. No había sesión en la que ella – siempre con gran dificultad–, mencionara el gran odio hacia el padre y la red de complicidad que existía en su familia, donde los abusos se repetían del padre a los hijos y de los hermanos entre sí, con el silencio cómplice y agresivo de la madre.

En este proceso, la colaboración de la paciente manifestada en su transferencia positiva fue disminuyendo ante la repetición de los síntomas, su desplazamiento y el dolor que persistía en ellos, y en su lugar emergió la

⁴¹⁴ S. Freud (1919) “Pegan a un niño. Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales”, *Op, cit*, Vol. XVII, p. 195

transferencia negativa:⁴¹⁵ salía enojada de las sesiones, diciendo que no le servía de nada volver a desenterrar todo lo guardado si no se le iba a quitar todo el sufrimiento que padecía, daba portazos al salir o se iba sin pagar su sesión, volvía en la siguiente sesión igualmente enojada, a ratos disculpándose por su reacción. Estos fenómenos no hacían más que confirmar que la transferencia se convertía también en resistencia.⁴¹⁶ Faltó a varias sesiones, lo que acumuló en ella la mezcla de afectos, preguntas y necesidad de respuestas. Sus cuestionamientos se mezclaron con la culpa, la fantasía de ser querida por el padre de ese modo, la repugnancia y el dolor. Por lo cual, el manejo de la transferencia en el trabajo psicoanalítico constituyó un elemento indispensable para escuchar lo que emergía de su inconsciente y trabajar con ello.

En lo que respecta a la transferencia, Jaques Lacan en su seminario sobre *La transferencia*, consideró en los tipos de transferencia, la noción de repetición que no es recuerdo, ni repetición de lo mismo, o rememoración de relaciones pasadas, sino producción de una nueva relación en cada encuentro analítico. De este modo, Ana aunque se cansaba de “repetir lo mismo en cada sesión” porque volver a decirlo otra vez, reproducía el dolor de verse implicada, admitía que disminuía su angustia y esto le permitía tomar decisiones y mantenerse en ellas de un modo responsable y, aunque cargaba consigo un enorme enojo con la vida, con sus padres, su familia y con ella misma, podía darse cuenta de su propia violencia contenida y su deseo de expresarla. En una sesión, ante la pregunta por su enojo dice:

“siento mucha violencia dentro de mí, es hacia mí misma, me siento mala e indeseable, también hacia la vida y hacia mis padres. Con mi hija, a veces me dan ganas de golpearla, agarrarla por los cabellos y azotarla, patearla, no sé qué hacer con tanta violencia, no sé ser mamá. Así me trataba mi padre y ahora yo hago lo mismo con mi hija. Luego me siento mal y me da mucha tristeza y me dan ganas de arrancarme el cabello... pero también quisiera arañarme la cara, no sé qué hacer con tanta violencia que siento, quiero dejar de ser violenta con mi hija y tratarla bien pero no sé cómo...”

⁴¹⁵ Sigmund Freud define la transferencia ambos aspectos de la transferencia en 1917, en su “27ª Conferencia de Introducción al Psicoanálisis: La transferencia”. *Op. Cit.* Vol. XVI, p. 400

⁴¹⁶ Freud trata los problemas de la transferencia a lo largo de su obra, ver la primera nota de Strachey en la 27ª conferencia, *Op. Cit.* Vol. XVI, p. 392

Los efectos eran de culpa, agresión, repetición de agresiones con su hija y, pese a que era una mujer que luchaba por mantenerse activa en sus intentos de salir del círculo en el que se veía envuelta, toda su cotidianidad estaba siendo afectada: la relación consigo misma, con su hija, con su esposo, con su trabajo, con su familia y con los hombres en general. La transferencia le permitía buscar un refugio para sentirse a salvo de sí misma, de su violencia y de los recuerdos angustiosos:

Anoche soñé con mi tío, el único que me defendía, me decía que me quería mucho y que siempre iba a estar con ella (llora)... él fue un papá para mí y que ahora, después de que él ya murió (hace más de 10 años), me siento muy sola, murió de un infarto cerebral cuando yo tenía catorce o quince años, también era asmático, se ponía muy mal y su mamá nunca lo iba a ver a pesar de que era su hermano.

El síntoma asmático que padecía, al parecer eran la metáfora de una doble vinculación, por un lado los recuerdos angustiosos y por otro, la identificación con el tío que la protegía, cuya puntuación y recuerdo le ayudaron a reconocer en su síntoma la necesidad de protegerse de su propia violencia, de su culpa y del goce de la experiencia incestuosa.

Estar ahí, escuchando, siendo testigo, puntuando los significantes que la ataban a sus síntomas, sin juicios, sin apreciaciones personales, sin indicaciones adaptativas, ni preguntas por la objetividad del discurso, fue un arduo camino que constituyó un modo distinto de escuchar y que produjo sus efectos. Este tipo de escucha permitió el surgimiento de la transferencia y bajo este trabajo, la emergencia de preguntas y el enlace de nuevas significaciones, así como la movilización de sus síntomas desde las primeras sesiones.

Lacan en el seminario V sobre *Las manifestaciones del inconsciente* analiza el fenómeno edípico, considera la importancia del lugar del padre para su separación de ese primer “Gran Otro” que es la madre para el niño pequeño, función de separación que el psicoanálisis denomina el “Nombre del Padre” y cuya eficacia impone la ley de la prohibición del incesto, su importancia en el circuito del deseo y el límite de la Ley como su sustento. “Lacan lleva al extremo el descubrimiento freudiano de la vinculación de la sexualidad con la agresividad

en casi todos los aspectos”⁴¹⁷ y vincula la violencia de la prohibición con la pulsión, cuyo empuje constante da cuenta de la falta que origina el deseo. A partir de esto, el evento edípico se considera estructurante para el sujeto, es decir, los mecanismos de la represión edípica llevan al sujeto a constituirse en neurótico – más como estructura que como enfermedad–, estructura que coloca al sujeto en la posibilidad de tener un deseo propio y que lo distingue del sujeto psicótico.⁴¹⁸ La neurosis como enfermedad surge en las vicisitudes –particulares en cada sujeto– de los circuitos del deseo y sus mezclas con la pulsión, con la culpa y el dolor que ocasionan sufrimiento, repetición y síntomas.

En el caso de Ana, fue necesario trabajar este proceso estructurante, ya que el peligro de que no operara la función paterna (a través de la prohibición del incesto) y la complicidad materna en el dejar hacer al padre con los hijos, le permitió buscar –en los lazos creados con su tío a quién ella le importaba–, otros lazos significativos que la sacaran de esa dinámica con los padres y le diera la posibilidad de asumir su circuito de pulsión-repetición, deseo-culpa, amor-odio, y de responsabilizarse por su sufrimiento. El trabajo de las manifestaciones del inconsciente en su discurso posibilitó a Ana conocer el origen de sus síntomas, disminuir su intensidad, aceptar la responsabilidad de sus pulsiones y deseos sexuales.

Fue un proceso lento, de avances y recaídas en las que se veía comprometida toda su estabilidad y donde sus lentas reacciones a las complejas interacciones familiares eran parte del trabajo de lo inconsciente que la movió subjetivamente y que trajo "por añadidura" cambios prácticos que, si bien no fueron buscados como primera intención en el tratamiento psicoanalítico, este movimiento le permitió tomar decisiones respecto del manejo de sus impulsos, de modo que pudiera tener mayor control cuando sus efectos llegaban incluso a la atención de su hija.

Para Ana, el que los padres no confirmaran su imagen como la de un sujeto deseado, tenía fuertes repercusiones, la identificación primaria que influye en la relación del sujeto consigo mismo, dimensión imaginaria que interviene en la

⁴¹⁷ González Requena, J. “El cuarto Freud” en Marinas, J.M. (2008) *Lo político y el psicoanálisis. El reverso del vínculo*. Madrid: Biblioteca Nueva, p.115.

⁴¹⁸ En el sujeto psicótico falla la relación con el Otro que introduce la ley y el acceso a lo simbólico, y que permite al sujeto separarse de la madre para estructurarse como un sujeto.

formación del yo a partir del estadio del espejo⁴¹⁹, permeaba su modo de acceder a lo simbólico y su posición frente al Otro: “mi padre no era cariñoso, nunca me hablaba por mi nombre, siempre lo hacía con insultos: para él las mujeres solo servían para ser putas...”. Mencionaba además, que su madre siempre le dijo que ella se parecía físicamente a su padre, lo que provocaba un continuo auto rechazo y, cuando decía de ésta “mi madre siempre nos tapaba la boca con comida para que no dijéramos nada” –refiriéndose a los abusos del padre–, manifestaban cual banda de Moebius las dimensiones imaginaria y simbólica en la que se movía.

En la dimensión imaginaria Ana conformaba una relación consigo misma nada favorable, se dejaba engordar, se sentía sucia, fea y evitaba las miradas de los hombres. En relación a su movimiento subjetivo, hubo un cambio paulatino en su posición en lo referente al cuidado de sí misma, llegaba menos desaliñada a sus sesiones, empezaba a arreglarse mejor, y también en su posición frente al saber, empezó a estudiar la preparatoria abierta, a poner límites y defenderse de la indiferencia de su madre y de las agresiones verbales, tanto de su hermana como de su padre. Al mismo tiempo continuó en el grupo de Comedores Compulsivos –a donde ya iba antes de iniciar su tratamiento conmigo– para evitar canalizar su angustia a través de la comida.

Me informé sobre una escuela para estudiar la preparatoria abierta, cerca de Comedores Compulsivos, ya he bajado como siete kilos y me siento mejor. Verónica (la hermana con la que trabaja) se ha quedado sorprendida cuando le contesto y me defiende porque quiere imponerme algo, me siento bien por eso y ya no he sentido deseos de regresar a trabajar con ella, creo que puedo hacer algo por mí. Pero aunque ya puedo salir a la calle, sigo sintiendo mucho miedo de la gente, que la gente sepa lo que le he pasado y me rechace. (Silencio) he roto la relación con mi padre (llora), ya no le hablo para nada y no quiero saber nada de él, ni acercármele para nada.

En las actividades de su trabajo podía ubicar las dificultades que se le presentaban en la relación con los demás, especialmente si eran varones, se ponía nerviosa, interrumpía la conversación recordando algún deber o le dolía el estómago y se retiraba con alguna excusa. Al tiempo de estas dificultades,

⁴¹⁹ Lacan, J. *Op. Cit.*

también tenía pequeños avances al poner límites en la convivencia familiar con sus padres y ese alejamiento le ayudaba a sentirse más tranquila y dejar de depender de ellos para todo. Luego de un período vacacional en el que sus sesiones se suspendieron llegó a decir:

...en estas vacaciones no fui a casa, nunca hacemos nada en Navidad o año nuevo, pero siempre he estado ahí con ellos y lo único que conseguía era más maltrato...así que no fui... me ha costado mucho moverme de este lugar de ser maltratada, siempre he sido muy dependiente, pero me siento bien porque pude alejarme en esta temporada...

En la dimensión simbólica, el análisis del lenguaje es fundamental, permite acceder al saber de los síntomas que, como metáforas, adquieren sentido cuando se habla sobre ellos. En Ana sus síntomas se fueron esclareciendo cuando en lugar de vomitar empezó a hablar, cuando asociaba su costumbre de arrancarse el cabello con poder “quitarse los pensamientos sexuales, para no recordar los sueños angustiantes”, y cuando reconocía que pensaba en su tío materno cuando le venían los ataques de asma como sustitutos de esa protección que necesitaba. También se clarificaban sus síntomas cuando narraba los eventos incestuosos, su influencia en los juegos sexuales infantiles y la culpa que sentía, sobre los sueños con el padre, las palabras que éste le decía y la emergencia del deseo cuando en la complicidad de la madre el incesto se permitía y admitía “tengo que cuidarme de mi familia, pues las caricias se han vuelto muy normales...”

La dimensión de lo real, la experiencia traumática del incesto constituyeron un desborde para la psique en todos los sentidos y de ello, no fue posible decirlo todo, las palabras no alcanzaban, siempre quedaba algo imposible de decir sobre la experiencia. Cuando esta imposibilidad se hizo presente, en la intersección con lo imaginario produjo la angustia que aparecía ante el deseo desbordante del Otro que la colocaba como objeto. Fue a través de la dimensión simbólica, en el enlace del dolor en la palabra, como pudo bordear la angustia, apartarse de esta alienación,⁴²⁰ para intentar defenderse en todo momento y poder decir a su padre “no soy puta, me llamo Ana” aun cuando le llovieran los insultos.

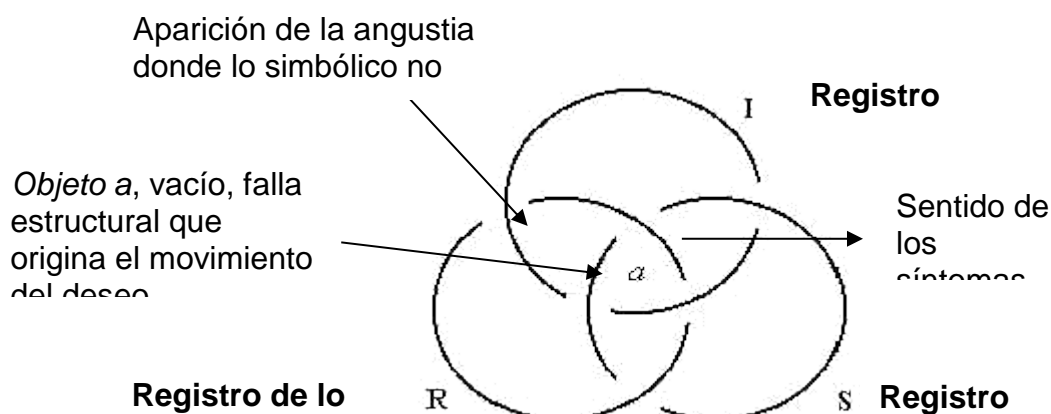
⁴²⁰ Conceptos de alienación y separación que Lacan define en el seminario XI “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” (1964) como primordiales en las relaciones del sujeto con el Otro y su constitución subjetiva.

En el proceso de bordeamiento de la angustia, quedaban recuerdos que la entristecían y restos de síntomas que le quedaban en el cuerpo como marcas que funcionaban como un recordatorio de su posición, de su necesidad de movimiento. Hacía planes y ella misma notaba que había abandonado el ensimismamiento, que a su hija la trataba mejor y que ya podía conversar mejor con ella. Decía sentir que en casa parecía que su vida no tenía sentido, que necesitaba realizarse trabajando fuera, pero que le preocupaba el cuidado de su hija por las tardes y que no quería dejarla, ni con su familia, ni con cualquier persona que no conociera. Seguía llorando cada vez que recordaba algún episodio de abuso y ese llanto era también la manera simbólica de procesar su dolor al recordar lo sucedido.

Para ella el trabajo de lo inconsciente implicaba un movimiento que pasaba de su posición imaginaria inicial: ser víctima —posición agotada en sus narrativas iniciales puesto que los síntomas permanecían y se agravaban—, a una posición responsable donde la simbolización de la experiencia a través del reconocimiento de su vacío y su deseo en el lenguaje, le llevaba a reconocer los significantes que comandaban sus síntomas y la ataban a ellos. El dolor de la experiencia edípica y la culpa mediante el abordaje de los síntomas como metáforas de un saber sobre su deseo le permitió desde lo simbólico asimilar y bordear lo real de lo traumático.

El nudo borromeo⁴²¹ propuesto por Lacan donde lo imaginario, lo simbólico y lo real enlazan las dimensiones del análisis del sujeto y la posición del analista resultó indispensable para el movimiento subjetivo de Ana. El tránsito necesario por la dimensión imaginaria de su discurso que desplegaba sucesos, escenas y sufrimiento y el trayecto hacia la dimensión simbólica que las metáforas de sus síntomas y la implicaba en la emergencia de su sentido primero y después, en el sinsentido de sus contenidos inconscientes que le evidenciaban la fuerza de su pulsión y su tendencia a la repetición, le permitía bordear lo real, tramitar la angustia e intentar hacer algo con sus síntomas.

⁴²¹ El nudo borromeo o nudo de Borromi, *Supra*, cap. 4, p. 241. Lo más interesante de esta articulación ternaria es que nos permite pensar en qué puede basarse una mínima consistencia; es decir, en el nudo basta con que uno de los términos no se sostenga para que todo el conjunto entramado se disperse, ya que no conservan una estructura jerárquica ni uno es más importante que el otro. Cfr. Farrán, R. "Concepto pensado como nudo borromeo", en *International Journal of Zizek Studies*. Vol. 3, No. 1.



Del mismo modo, el análisis del analista y las consideraciones psicoanalíticas sobre su posición⁴²² siempre son determinantes para el movimiento subjetivo del analizante. Al principio, como su terapeuta la posición inicial desde lo imaginario pretendía desamarrar los síntomas en propósitos concretos de cambio que no duraban por su gravedad y su anclaje en lo inconsciente. Más adelante, como su analista —siempre en formación—, el movimiento a un modo distinto de escucharla y el trabajo de lo inconsciente, produjo un movimiento hacia el lugar del Otro (*A*) —lugar de lo simbólico— a quien Ana dirigía su discurso y la intervención desde ese lugar que atravesara el discurso imaginario para posibilitar —no sin dolor— el acceso a su verdad.

Luego de año y medio de tratamiento, dejé de atender a Ana, en el entrecruce de tensiones, debido a las exigencias institucionales por el tiempo requerido para atender este caso y las circunstancias personales en ese tiempo. Ana ya había pasado por otros procesos terapéuticos sin perseverar en ninguno, pero se quedó en dos de ellos que parecían un arma de doble filo.

Por un lado estaba en Comedores Compulsivos para controlar su ansiedad, donde el discurso de la institución promovía la identificación colectiva que los dejaba atrapados en la posición de víctimas. Y por otro, el proceso psicoanalítico que le permitía asumir la responsabilidad subjetiva, pero la introducía en un trayecto doloroso donde en la reconstrucción de su historia, había que bordear la angustia ante lo real del evento sufrido y atravesar la culpa que le permitía de algún modo asirse a una posibilidad de reconstrucción simbólica de lo que en ella había sido destruido.

⁴²² Castro, G. (2008) "El laberinto a la posición del analista: de la contratransferencia al deseo del analista" Tesis de Maestría. México: CIEP. Rei-ITESO: <http://rei.iteso.mx/handle/11117/1396>

c.2. Su nombre mi nombre

Juana joven de 27 años, de familia de escasos recursos, fue violada unos meses antes de llegar a la consulta por un amigo de su cuñado que, según creía fue un evento planeado por ambos. Vivía en una habitación que le rentaba su hermana y el evento sucedió una mañana que ella no estaba y el marido que no trabajaba estaba en casa supuestamente solo.

Se encontraba haciendo la limpieza de su habitación situada en la azotea cuando el amigo de su cuñado subió a su habitación, ella estaba de espaldas a la puerta buscando unos documentos para su trabajo, él se fue acercando a ella sin hacer ruido, hasta empezar a tocarla, ella se asustó tanto que se paralizó por un instante y no pudo gritar, intentó defenderse y empujarlo, pero él la tomó por la fuerza y la violó, ella no pudo zafarse y ante el dolor con que la sujetaba, dejó de oponer resistencia. Luego de lo sucedido, él se fue y ella se quedó mucho tiempo tirada en el piso de su habitación, luego se levantó y se bañó por mucho rato porque se sentía sucia, se vistió y se salió a caminar a la calle, llegó por la noche a la casa de su hermana y no dijo nada, solo que días después se salió de su casa y se fue a vivir sola.

Este evento provocó la formación de algunos síntomas en ella: fuertes dolores de cabeza e insomnio que desencadenaron otra serie de recuerdos que ella había logrado enterrar, tenía sueños que le causan horror y le perturbaban sus actividades cotidianas. Según decía, le daban los fuertes dolores de cabeza por querer olvidar experiencias sin poder conseguirlo y en ocasiones le impedían trabajar. No quería regresar a casa de su hermana ni a la de sus padres, pero al mismo tiempo le daba mucho miedo vivir sola y se sentía en un dilema, se la pasaba en la calle después de trabajar para no pensar que estaba sola.

Sobre su familia narró que ella era la octava de diez hijos –cuatro hombres y seis mujeres– que tuvieron sus padres, ambos analfabetas. Su padre había sido obrero por muchos años, pero ya no trabajaba, su madre era afanadora de limpieza en una escuela, además del trabajo del hogar y del cuidado de los hijos, solía vender cosas afuera de su casa como fruta, refrescos, dulces o comida. Ambos padres estaban enfermos, ella tenía diabetes y él tenía cirrosis puesto que siempre había sido alcohólico y padecía de hipertensión arterial. La relación con

sus padres siempre había sido difícil, ya que su padre siempre fue violento y tomador, y su madre una mujer dura, fría, siempre de mal humor, que nunca tenía tiempo de atender a los hijos, pero resultaba ser muy controladora. La recuerda siempre haciendo el quehacer y lavando ropa, solo atendía a su padre o a uno de sus hermanos enfermo de diabetes y epilepsia que falleció a los veintisiete años.

Sus hermanos y hermanas, al igual que ella, solo llegaron a estudiar hasta la secundaria, algunos sin terminarla y su hermano menor solo hasta la primaria. No tenía buena relación con sus hermanos excepto con un hermano y dos hermanas son quienes tenía una relación más llevadera, con el resto era muy lejana, no se hablaban. Sintió apego a su hermano fallecido pues decía que él “si la cuidaba” y aún le afectaba su pérdida. Muchos hermanos, poca atención por parte de los padres y ambiente difícil, violento.

Con su padre, la relación fue cercana y distante al mismo tiempo, se resiste al principio a explicar por qué, pero luego de algunas sesiones en las cuales siempre llegó tarde, contó que su padre abusaba sexualmente de ella al inicio y la violaba después,⁴²³ le decía que no era su hija y la agredía, esto desde los cuatro a los diecisiete años que consiguió escapar de su casa.

Supo por su madre que el embarazo que tuvo de ella no fue ni planeado ni esperado por ninguno de sus padres, que cuando su madre le dijo a su padre que estaba embarazada, éste la golpeó, la dejó caerse muchas veces y la abandonó temporalmente, le decía que ese embarazo no era de él. Fue su madre la que, al procurar mantener su embarazo e inmersa en sus costumbres, participa en una peregrinación a San Juan de los Lagos y le pide a la Virgen que le salvara a la criatura, prometiéndole ponerle su nombre, y por ser la Virgen de San Juan de los Lagos, le pondría Juana.

Luego menciona que tenía un tío, que falleció cuando ella tenía dieciocho años, ese tío siempre los visitaba y era cariñoso con ellos, siempre les daba un beso en la frente, lo que siempre fue significativo para ella por la falta de manifestaciones de cariño entre los miembros de su familia.

La infancia de esta joven fue muy llamativa, experimentó traumas sexuales desde muy temprana edad. Presenció tocamientos sexuales entre los padres que

⁴²³ Distinciones entre abuso y violación especificadas en el capítulo 1, pp. 51-53

luego se repitieron con ella. Si bien, a los cuatro años pueden no estar consolidada del todo la memoria para los recuerdos permanentes, puede decirse que la fantasía respecto la escena primordial y el Complejo de Edipo se unía al trauma de la experiencia real confirmada con los recuerdos posteriores.

Debido a la serie de abusos sufridos y la familiarización precoz con los hechos de la vida sexual, siempre sintió gran culpa y una mezcla de atracción y desautorización horrorizada que desembocó en acciones auto punitivas, mismas que revelaban una tensión psíquica ante el conflicto, por un lado las demandas del Ello con tendencias libidinales y por otro las exigencias del Superyó de carácter punitivo y moral.

Por otro, la configuración y relación con un Otro que le juzga por trasgredir los valores y normas establecidas. Cuando este conflicto excede la tensión soportable por el yo, se convierte en un síntoma que, mientras se manifieste como tal, con su enigmático sentido, es posible liberarlo mediante la palabra permitiendo su desanudamiento respecto del cuerpo o la mente, no sin dejar sus marcas en el sujeto aquejado.

Cuando el síntoma excede la capacidad de tramitación por parte del yo y el afecto supera a su capacidad de elaboración, se experimenta el trauma que deja en éste una huella de angustia difícil de simbolizar, experiencia que Lacan marca como del orden de lo Real, que es necesario bordear mediante su discurso. Al narrar que al inicio su padre la abusaba y luego la violaba, es una manera de confirmar que el abuso inició con tocamientos seductores que alimentó la fantasía de ser querida y deseada por el padre, para desembocar en la acción violenta y traumática del forzamiento al coito con la menor.

En esta sucesión, se enlazan nuevamente los elementos que originan el surgimiento de la neurosis, donde la seducción y la fantasía, precedieron al hecho violento, confirmando su carácter traumático en la re significación discursiva y que se anudan de un modo lógico en cada caso, dejando que la fantasía inconsciente⁴²⁴ dé lugar a la elaboración fantasmática que introducirá al sujeto en

⁴²⁴ Como vimos en el capítulo 4, apartado de Fantasía, fantasma y ficción, es uno de los nudos que se proponen para tomar en cuenta en la clínica, especialmente en el tratamiento de la violencia sexual y los incestos consumados, donde la superación traumática deja huellas subjetivas profundas en la elaboración de la ficción que conducirá en adelante el deseo del analizante.

lo Simbólico para bordear lo Real y crear su propia ficción que le permita seguir su deseo.

De este modo, Juana en su novela familiar, el acercamiento violento del padre se vio matizado por el acercamiento tierno y preocupado del tío que solía visitarlos y de su hermano tres años mayor que ella, que le permitió un lugar en el deseo de otros, un reconocimiento especular que le hizo sentirse querida. También se hizo presente la rivalidad fraterna, la envidia ante el nacimiento de sus hermanos menores, una de ellas consentida por el padre y el más pequeño por la madre. Con la hermana siempre se peleaba y a la que castigaban era a ella, por lo que la rivalidad se hizo muy fuerte entre ellas. En este período se iniciaron los abusos del padre que más tarde consumaron el incesto con ambas.

El papel de la mirada fue algo determinante para ella. Cuando su padre la abusaba le lanzaba miradas que no sabe describir, parecidas a las miradas que tenía hacia su madre cuando estaban juntos, decía que llegó a verlos teniendo relaciones sexuales y le dio miedo, asco. Incluso la mirada de su madre era más intensa que la de su padre. Esas miradas le eran amenazantes cuando ella huía de él ante sus intentos de abusarla. Por otro lado, estaban las miradas de los hermanos que las espiaban –a sus hermanas y a ella– cuando se bañaban o mudaban de ropa. A lo largo de estas experiencias desarrolló gran sensibilidad visual que fortalece su pulsión escópica y, aunque no le gustaba, gozaba a la vez de ser observada todo el tiempo, evaluada y rechazada por su apariencia y su conducta retraída.

Contaba que siempre fue callada, tímida, lloraba mucho, era muy agresiva, rebelde y desobediente, tenía miedo a los ruidos y sombras, su madre la golpeaba mucho y le daba mucho miedo su presencia, tenía dificultades para dormir, no conciliaba el sueño hasta que ella se iba a trabajar a las cuatro de la mañana. Tenía miedo de ver el cielo, especialmente de noche, sentía como si *todo se le viniera encima*, expresión que en sus asociaciones remitieron al padre y después, le pasaba lo mismo con las cosas grandes.

Tuvo enuresis de los 8 a los 10 años de edad, recibía por parte de la madre regaños y severos castigos que solían ser muy variados, iban desde golpes, insultos a sacarla en la noche dos horas cuando se hacía en la cama; meterla al

agua fría a esa hora y hacerla lavar lo que había ensuciado, y le decía que si no dejaba de hacerse la llevaría al médico para que la cosieran, o dejarla hincada a un lado de su cama rezando mientras la madre dormía. Ella se sometía porque al rebelarse le llovían golpes y se repetían los castigos. Su madre solo buscaba la manera de controlar a las hijas, incluso de adultas cuando sus hermanas ya tenían hijos, siempre las quería tener viviendo ahí y cuando ella se salió de casa, siempre la interrogaba para saber todo lo que hacía cuando los visitaba en los fines de semana.

Contó que la primera vez que llegó a la escuela ella tenía 6 años, entro directamente a la primaria, para entonces el padre ya abusaba de ella, le gustó estar en la escuela que, aunque se aislaba y era tímida, se sentía mejor que en su casa. Nunca tuvo problemas con los maestros, era muy callada y sumisa debido al desplazamiento de la autoridad parental al medio escolar, la autoridad le representaba una amenaza, no podía verla de otra manera, esperaba de ella los mismos castigos.

Entre sus experiencias de la niñez narró que en tercer grado, cuando ya tenía 8 años, tuvo miedo de decirle a la maestra que tenía ganas de ir al baño y se hizo en el salón, los compañeros se burlaron de ella, diciéndole que era “la sucia, la cochina”, adjetivos que recibió como confirmación de su imagen. Cuando la maestra se dio cuenta la regañó, la golpeó enfrente del grupo y la pasó a segundo año de primaria como castigo durante dos semanas, para ella constituyó una doble culpa ante la imposibilidad de decir al Otro (autoridad, maestra, madre) algo que le concernía y ante la experiencia de las sensaciones corporales que, en ese ‘no control’ de esfínteres le mereció el castigo.

No se puede hablar de enuresis antes de los 5 o 7 años de edad por la temporalidad necesaria para el logro del control de esfínteres en los niños, sin embargo, está vinculada con la sexualidad y las conductas auto eróticas de la vida sexual infantil, en la medida del placer que produce y el juego con los genitales durante el aprendizaje de las diferencias anatómicas de los sexos. La enuresis nos habla de algo que los niños no pueden controlar, de una sobre excitación que encuentra su expresión en la masturbación o en prácticas análogas como la micción nocturna. El acto de orinar no solo cumple una importantísima función fisiológica, sino que produce llamativas sensaciones

corporales y sirve también para la producción de placer, por lo que suele ser asimismo un desplazamiento de la excitación masturbatoria ocasionadora de culpa. La precocidad de Juana en los asuntos sexuales, aunque fuesen para ella violentos, llevaban también una carga de placer que le ocasionaba culpa y que la mantenían en el lugar de ser el objeto del goce del padre por lo que, los castigos recibidos los sufría y los gozaba, los rechazaba y los aceptaba al mismo tiempo como pago por su propia culpa.

A esa misma edad, los ocho años, fue abusada también por el vecino de la tienda a la que le enviaban a comprar algunos víveres, lo que despertó aún más su libido y comenzó a masturbarse a esa edad, haciéndolo incluso con un gato, lo cual siempre le hizo sentir sucia y culpable. A los once años de edad, tuvo su primera menstruación, estaba en quinto de primaria, ante la información recibida en la escuela no recuerda emoción alguna, su madre le decía “que eso de la menstruación eran cochinadas”, vinculando la serie significativa con la que se definía como mujer.

Ella tenía noticia de la menstruación por sus hermanas que dormían juntas y hablaban de eso, pero cuando a ella le bajó, le dio miedo y asco, sobretodo porque su padre seguía abusando de ella y, aunque al inicio no menciona desde cuando se consumaba el incesto, si decía que en la adolescencia era menos frecuente porque le decía ella que “podría quedar embarazada”, ¿aludiría ella a desear un hijo del padre?, lo cierto es que el padre no quería dárselo y disminuyeron los abusos a esa edad, aunque continuaron bajo amenazas y forzamientos hasta los diez y siete años.

Su adolescencia fue difícil y la repetición de comportamientos libidinales la sumían en la culpa y, sin contar detalles, mencionó haber abusado de una niña de seis años cuando ella tenía trece y de una anciana de ochenta a la que cuidaba cuando tenía quince, con quienes repitió muchas de las cosas que le hacía el padre. La compulsión a la repetición se hacía presente en sus propios actos y en los ambientes donde estudiaba o laboraba, provocando junto con la culpa, fuertes dolores de cabeza e insomnio. Nunca fue sociable y al salir de la secundaria empezó a trabajar, tenía quince años cuando en el local de comida rápida donde trabajaba, el dueño quiso abusar de ella, pero ella no se dejó, salió corriendo y no regresó.

Cuando tenía diez y siete años, muere su hermano a quien ella quería y a quien solía cuidar, luego de su muerte se va de casa para ingresar en la vida religiosa con la desaprobación de sus padres y para aparente alivio suyo. Meses después la sigue su hermana con quien tenía gran rivalidad. En ese período tuvo una relación sexual con una religiosa que se lo pidió y a lo cual accedió encauzando su libido de manera homosexual por breve tiempo, sin embargo decía no haberle agradado ya que la religiosa le insistía y la forzaba, sin quedar claro del todo si el desagrado era por el forzamiento o por el ejercicio homosexual. La orden religiosa se dedicaba a la atención “de los padres”, es decir del presbiterio católico diocesano, donde el desplazamiento del padre a los padres, le permitió reprimir el profundo odio que después reveló. Decidió salirse de la vida religiosa luego de ocho años en la orden, manifestando disgusto y enojo por los tratos recibidos. Al salir de la vida religiosa, realizó varios trabajos para su manutención y del último se salió por el evento de la violación que la llevó a consulta.

Durante el tratamiento, inició otro trabajo como personal doméstico con una familia que la trataba bien y se sentía incomoda con ello, pensaba que lo normal era que la regañasen como su madre, pero en esa familia se trataban con respeto y le incomodaba sobremanera presenciar manifestaciones de cariño entre la pareja, ante las que no sabía cómo reaccionar ya que ella nunca vivió algo así. Le era difícil relacionarse con la gente y en especial con los hombres, cuyo acercamiento siempre lo vivió como algo malo, pues su padre les prohibía acercarse a sus hermanos o tener amigos hombres. Veía sus impulsos sexuales como algo sucio y se culpaba por sentirlos, conservando una gran necesidad de castigo.

Acudió a consulta sin saber por dónde empezar, con gran dificultad para hablar, en medio de silencios prolongados y llantos silenciosos, se quejaba de los recuerdos que le quitaban el sueño y le impedían sentirse mejor. De modo general, se narran los hechos en esta exposición lineal desde su dimensión imaginaria, plantea su novela familiar, lo que sucedió en su vida y como le afectaba. Cuando empieza a resistirse para relatar episodios de abuso, a llevar sueños y a preguntarse por su participación en lo que le ocurrió, es que la joven se adueña de su propio material expuesto, y tal como describe Freud en su caso

de la joven homosexual, “trabaja con él y, de lo que hay en su interior de supuestamente reprimido, recuerda lo que puede recordar e intenta recuperar lo otro en una suerte de reanimación”.⁴²⁵

Hablar sobre los sucesos traumáticos le permitió aminorar la angustia al reconstruir la génesis de su sufrimiento y, mediante intervenciones puntuales, se fue acercando a tramitar su relación con el Otro en la dimensión simbólica, entrando en la espiral de aquellos significantes que marcaron su vida, que sin querer emergían en su discurso y que permitían el procesamiento de lo Real del trauma que pasó por la experiencia de la angustia.

Freud en sus inicios clínicos en el psicoanálisis solía adoctrinar a sus pacientes sobre las premisas del psicoanálisis naciente y su investigación clínica le proporcionaba las bases de su construcción teórica. En la actualidad el ejercicio de la clínica no pretende corroborar la teoría, se apoya en ella en cuanto permite ser revisada y cuestionada desde la práctica clínica, con los pacientes se establece un encuadre de trabajo y se hace uso del dispositivo analítico del diván cuando los signos transferenciales empiezan a parecer en el discurso del paciente. Igual puede un paciente estar en entrevistas preliminares muchos meses o solo unas sesiones, depende de la emergencia de la transferencia. En este caso, cuatro sesiones bastaron para que ella empezara a hacerse preguntas, traer sueños a las sesiones y abordar los detalles de los sucesos de su vida, pero pasarla al diván en esos momentos no fue favorable, los recuerdos “se le venían encima” y tener que recostarse provocaba accesos de angustia, ante los que se sentaba como un resorte.

La intensidad del trauma se incrementaba ante el recuerdo en el que, en la vida adulta se mezclaban juicios morales y comportamientos auto punitivos que desencadenaban angustia frente al deseo del Otro que, encarnado en su padre gozaba de ella. Al dolor psíquico experimentado se sumaba el dolor que alteraba sus relaciones familiares y el dolor del cuerpo, no solo por la temprana penetración y los síntomas posteriores, sino por la sujeción. Sujeción corporal que le impedía defenderse y sujeción a los límites del lenguaje donde para tramitar su angustia había que empezar por apalabrar su historia.

⁴²⁵ S. Freud. (1920) “Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina”. *Op. Cit*, Vol. XVIII, p. 145.

La experiencia del cuerpo propio: el espejo, la palabra del Otro y lo indecible

Juana era su nombre, la Virgen de San Juan de los Lagos, la razón de su nombre y a quien le debía según la madre, su existencia, porque su padre, cuyo nombre era Juan, golpeó a la madre durante su embarazo, diciendo que no era su hija. Fue su madre quien al procurar mantener su embarazo, la inscribió en el discurso del Otro (familia, lenguaje, cultura...), pero en la ambivalencia de su discurso, siempre la culpó de los golpes del padre y de su abandono. Esto da inicio a las dos operaciones lógicas de la alienación y la separación.⁴²⁶ Alienada en el discurso paterno era fea, gorda, culpable, sucia, estorbo.

Por otro lado, ante la evidencia de la falta en el Otro (madre-padre) no tuvo más remedio que aceptar ser la ofrenda para colmarla, ser el objeto que le falta al otro. Pero al no lograrlo por lo estructural de dicha falta, había que separarse de él para promover el surgimiento de la subjetividad, para que, con una necesaria distancia respecto al Otro pueda constituirse como sujeto con un deseo propio.

Así, odiaba su nombre por muchas razones: la madre a quien temía, se lo había impuesto manifestándole su deseo de que viviera y, aunque la ponía en deuda con la vida, ella prefería morirse; la ponía en deuda con la Virgen puesto que ella ya no podía serlo nunca, puesto que, ante “el cristal roto de la Virgen”—que estaba en la tienda y que según el vecino que la violó a los ocho años de edad, ella rompió— acusación derivada de sus resistencias a la continuidad del abuso, reflejaba para ella un castigo por no haber hecho nada por defenderse y la acusación llegó para confirmar la sensación que tenía de sí misma: no “virgen”, sino “sucia”.

Odiaba a su padre a quien ella se parecía físicamente y llevaba su mismo nombre, padre perverso que abusó de ella durante tanto tiempo y cuyo deseo la empujó a la repetición, odiaba estar sujeta a sus pulsiones, de las que sin éxito intentaba deshacerse, en sus intentos por olvidar, por no sentir y por no pensar. En esos intentos se formaban como compromiso sus síntomas: rumiación, insomnio, dolores de cabeza... metáforas de una verdad subjetiva que se develaría en el proceso.

⁴²⁶ En “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”, *Op. Cit.*, p. 211s. Lacan plantea estas operaciones lógicas de alienación y separación que, radical y originalmente, son opuestas a lo que en su tiempo eran las propuestas desarrollistas sobre el psiquismo.

Las intervenciones ante sus síntomas no giraron en torno al perdón, la adaptación y reeducación emocional, propias de una cura psicoterapéutica, sino en torno a su sentido primero y después en torno a las identificaciones que le hacían repetir comportamientos hacia sí misma o hacia las personas que cuidaba, una anciana, una niña y más adelante una religiosa. En su producción discursiva se puntuaba aquello que resonaba como un significante que le definía, se le devolvían sus preguntas y se le señalaba el saber no dicho en sus silencios. Esto le fue mostrando las marcas que le señalaban la intersección en la que su dolor y su satisfacción se tejían convirtiéndose en su goce,⁴²⁷ ya que sin saberlo, esas marcas la condicionaban.

En su discurso que se abría como espiral, se repetía información como un límite que se oponía al recuerdo, pues había algo que escapaba al intento de poner en relato sus recuerdos: en alguna ocasión al salir de la sesión se dirigió al servicio y se escucharon golpes, luego silencio, luego la puerta que se cerraba. Al constatar lo sucedido, había manchas de sangre en la pared, ¿"acting out"? evidencia tal vez, de algo que podía no haberse escuchado o tomado en cuenta y que, aunque hubo oportunidad de clarificar en sesiones posteriores, muestra claramente esos momentos en los que la posición de analista tambalea ante el dolor de lo narrado.

Sin embargo, la repetición⁴²⁸ en las narraciones constituyen intentos de integración, de simbolización y bordeamiento de lo real que resulta indecible y que, dentro del discurso psicoanalítico, no es nunca la repetición de lo mismo. Es un proceso que emerge como causa desde el inconsciente y que conlleva una elaboración que retoma lo anterior y recrea la propia historia de un modo diferente. Sus narraciones precedidas siempre por largos silencios, llantos y manifestaciones de angustia sin palabras, en las que se retorció, se apretaba la

⁴²⁷ Goce inconsciente que constituye el núcleo de las repeticiones sintomáticas, lo que quiere decir que constituye un punto ciego: no se da cuenta o lo experimenta como sufrimiento. Un psicoanálisis apunta a conocerlo y saber hacer algo con ello.

⁴²⁸ Freud lo aborda en por primera vez en *Recordar, repetir y reelaborar* en 1914, donde el acto freudiano de repetición se contrapone al recuerdo, y luego en 1920 bajo la noción de compulsión a la repetición en *Más allá del principio del placer* y queda cuenta de un elemento indomable que se presenta de una manera compulsiva, apremiante y vinculada con la pulsión de muerte. Para Lacan aborda la repetición desde la insistencia del significante (1954) primero, luego como posibilidad de creación de algo nuevo en la experiencia de la transferencia (1961) y finalmente como un encuentro fallido con lo real (1964), donde la repetición supone un despertar de lo inconsciente y se sitúa como causa.

cara, se golpeaba la cabeza con las manos o se pellizcaba, a ratos solo lograba decir “se me vienen encima los recuerdos y no me salen las palabras para decirlos” y volvía a llorar, parecía estar ante la mirada de ese padre que se le venía encima presenciando nuevamente su propia tortura interna en la que era objeto para un Otro violento.

En medio de su angustia, hacía pausas en las que recobraba aliento para continuar, interrumpía de pronto sus pellizcos y decía: “hoy la señora me dijo que era bonita y no supe que decir...” bajaba la mirada, se sonrojaba y sus rasgos se suavizaban nuevamente. La señora con la que trabajaba y la trataba bien ya que, le ofrecía la oportunidad de salir temprano para ir a su terapia, le sugería que estudiara y accedía a cambios de horario para que lograra hacer algo para ella misma. Era una mirada de reconocimiento distinto ante el espejo, una alternativa para la separación de ese Otro y la posibilidad de reconfigurarlo, un intento de desplazamiento de la hostil figura materna hacia una más benevolente en la que podía encontrarse nuevamente.

La experiencia de su propio cuerpo era de “suciedad”, decía sentirse culpable de lo que le había pasado develando en parte su implicación subjetiva confirmada por el Otro. Su madre nunca fue cariñosa y no hizo nada por cuidarla, su complicidad con el padre le provocó un gran enojo con ella que perduró durante todo el tratamiento. Su padre le decía que no era su hija, que era culpable porque ella lo provocaba todo. Las maestras de la escuela le llegaron a decir que era “una cochina” por hacerse en la ropa. Las religiosas le decían que dejara de hacerse la víctima, que ya no fuera niña y madurara, que ella se había buscado lo que había vivido. En consecuencia, estaba identificada a esa cadena significativa derivada de sus experiencias, que al mismo tiempo la mantenían sujeta a sus propios autocastigos y a la sensación continua de enojo y asco frente a ella misma.

Evidentemente, esto se reprodujo en la relación analítica. Había algo respecto de la mirada en las sesiones que complicaba más la poca fluidez de su discurso, que hacía constatar la importancia de esta pulsión escópica en las coordenadas de su fantasma y que quedaba siempre como un enigma. Se entretejía con los lazos rotos y los que había por crear, las miradas amenazantes del padre mezcladas con deseo sexual, las miradas reprobatorias de la madre, las

miradas ambivalentes de las religiosas y las miradas benévolas de la señora con la que trabajaba, todas ellas a la expectativa de calificar la mirada de su analista en la sesión. En la sesión sentía incomodidad ante mi mirada, prefería que no la mirara y ella no quería levantar la vista, sin embargo no deseaba estar recostada en el diván, de inmediato se angustiaba, ponía los pies en el suelo y al cabo de un rato se sentaba.

Éste caso en particular tuvo en ello sus complicaciones pues, aunque podían verse signos transferenciales desde las primeras sesiones debido a las referencias a hechos concretos de su infancia y acontecimientos precisos de carácter sexual y el relato de sus sueños de angustia, todos de carácter sexual relacionados con el mantenimiento de relaciones sexuales con el padre y con embarazo; referencias a dolores en el cuerpo: dolor de cabeza, cuello y vientre, que se enlazaban al recuerdo del abuso sexual, así como referencias a mi persona como su analista, en las sesiones en las que hace una demanda velada de cariño mezclada con la incomodidad que le provocaba mi presencia, silencios prolongados, lapsus de los que caía en cuenta una vez puntuados y se implicaba en ellos, al cambio de posición en el diván emergían estados de angustia que no soportaba.

Utilizar el dispositivo analítico es solo una herramienta para transitar de lo imaginario a lo simbólico y bordear lo real en el escenario de la transferencia, lo más importante es la escucha del caso por caso, leer, no solo los signos transferenciales, sino su relación con el Otro al que va dirigida la demanda y que acaba manifestándose en la relación con el analista. Con respecto a la relación analítica, decía tener miedo de apegarse a la persona en la que confiaba y que luego no la aguantaran más y la abandonaran. Después de eso, parecía buscar en mi mirada alguna expresión que la animara, para luego desviar la mirada y decidir, luego de silencios prolongados, aceptar ser escuchada y poder narrar su experiencia a la vez que hacía una demanda clara de amor.

Al devolverle en silencio su demanda, logró enlazar nuevas asociaciones, reaccionó como si hubiera sentido rechazada y recordó su estancia en la vida religiosa donde le decían que “no tenía que mendigar el cariño de nadie”, se dio cuenta de cómo repetía su demanda con su propia mirada y se enojaba con ella por esperar nuevamente algo de cariño “si ni la conozco” decía, entonces

aceptaba no ser mirada y pasar al diván. Así, el dispositivo analítico del diván hubo que utilizarlo por períodos, alternando su uso de modo que pudiera poco a poco acceder a sus asociaciones sin depender de la mirada, que si bien podía ser para ella amenazante, las más de las veces buscaba comprensión, sostén y reconocimiento.

Con respecto a los síntomas en el cuerpo, en ocasiones le dolía el vientre al hablar, algunas veces era por cólicos menstruales, ante lo cual decía que era terrible ser mujer, que no quería ir a un médico, que nunca la habían revisado y no quería que nadie la tocara, que eso le daba miedo, que en su casa le prohibieron hablar de esas cosas porque “eran cochinas, ahora lo tengo que aceptar porque no me queda de otra y encima duele...”. En otros momentos de dolor emerge un recuerdo de la primera infancia, cuando tenía tres años:

...veo a mi madre cargando a un bebé, yo estoy llorando en un rincón y mi madre no me hace ni caso. Lo recuerdo y me da coraje, tristeza porque hubiera deseado ser la que estuviera en brazos de mi madre. Pero no sé quién es esa niña porque recuerdo muy bien a mi hermana que nació cuando tenía cuatro años y no sé si mi madre perdió a un bebé luego de que yo naciera y antes de mi siguiente hermana.

Si bien, pudo haber sido un recuerdo encubridor, manifestaba claramente la tristeza y el enojo de haber sido desplazada y no querida por su madre. El siguiente recuerdo antes del nacimiento de su hermana es el del abuso sexual por parte de su padre:

...no sé por qué ni por cuánto tiempo, pero yo dormía con mis padres, mi madre se acostaba tarde y se levantaba temprano y una vez cuando se había ido, mi padre me despertó, me desnudó y empezó a tocarme, se me encimó, yo lo golpeaba y empujaba, pero él me quitaba la respiración y se reía, no decía nada, solo se reía. Solo eso recuerdo...

Ante la pregunta, dijo que no recordaba si hubo penetración en esa ocasión, cree que no, solo recordaba haber cerrado los ojos y después de mucho rato haberle visto dormido y añadió “y mi madre no estaba”. Luego, cuando era un poco de más edad, la encerraba, la abusaba y se reía de ella, y cuando se ponía a llorar le decía que si le gustaba, para qué se ponía a llorar. Aceptó que nadie podría

ayudarla, luego de puntuar esto, dijo que no sabía por qué acudía a la terapia si a ratos no sentía que le ayudara en nada recordar lo que había sufrido, hacía silencios y luego decía, “solo que estoy un poco más tranquila”.

Cuando el padre le afirmaba de antemano que le gustaría lo que le hacía, ella se preguntaba “¿tendría que gustarme?, ¡pero si era doloroso, pesado y sofocante!” Esta pregunta le permitió asociar con dolor y titubeo “creo que de alguna manera me gustaba, aunque no la violencia con la que mi padre me agarraba, no sé bien como era eso”, refiriéndose a esa doble sensación de placer y dolor, de rechazo y atracción y, cuando lo dice, llora por largo rato. En ese momento la única intervención fue “el cuerpo siente” y ella añadió “empezó a penetrarme a los seis años”, comenzó a recordar y sus asociaciones le permitieron reconocer sus sensaciones dolorosas y placenteras al mismo tiempo.

Lo cierto es que en su propia realidad psíquica se conjuntaron el trauma y la fantasía, su estado psíquico oscilaba entre los silencios angustiantes, el llanto constante y el goce entreverado en sus recuerdos. Era necesario escuchar la estructura discursiva que pudiera indicar los significantes que la sostenían antes de que pudiera soltarlos para abordar las identificaciones que se repetían y que la ataban a un goce sin salida. Solo así lograba hilvanar los recuerdos y asociar su participación en ellos. Narraba por ejemplo, luego de prolongados silencios angustiosos, haber sentido mucha atracción sexual hacia la niña de la que intentó abusar, aunque solo le tocó el cuerpo por encima de la ropa y la besó, ya que la niña quiso zafarse, ella la forzó y no llegó a más porque lloró y la madre llegó a llevársela. Luego de articular recuerdos en los que su participación activa la hacía sentirse culpable, lloraba en silencio, con menos angustia, pero no sin dolor.

Ciertamente, cada uno está siempre un poco solo con su dolor, sólo tenemos testimonio del dolor del otro a partir del lenguaje, pero hay algo en el dolor que lo resiste, que lo excede. Lo indecible del goce y del deseo de Juana se entretejían en la experiencia y tomaban forma de llanto. La experiencia de dolor retiene siempre un carácter irremediabilmente íntimo, no completamente socializable que, en este caso de algún modo explicaba también los silencios prolongados, las interrupciones, las actuaciones auto-punitivas y la necesidad de verse en otra mirada.

El cuerpo y sus pulsiones: un saber negado

Lo inconsciente es la realidad sexual y la pulsión lo que se repite libidinalmente como un impulso constante que, a Juana, le provocaba confusión y desconcierto al hablar de la contradicción de sus sensaciones. En algunas sesiones decía que no quería pensar “todo este asunto de lo sexual lo rechazo totalmente”, sin embargo, reconocía “todos esos recuerdos que se me vienen encima y no me dejan dormir, me siento cansada y no quiero nada, ya no quiero venir a la terapia”. Para trabajar un poco la demanda le pregunté si quería suspender y regresar cuando esté lista para hablar, lo que provocó una reacción en contra del abandono y dijo:

“Lo he pensado, pero si quiero hablar, si lo dejo para después, no lo voy a hacer, me cuesta trabajo confiar, tengo miedo de que no me vaya a entender, estas cosas fueron un tema prohibido en mi casa y si voy a confiar en usted, tengo que cuidar muy bien mis sentimientos”.

Este intento por cuidar sus sentimientos, mostró más de una vez, diversas manifestaciones transferenciales como una gran resistencia, pero pese a los esfuerzos que implicaba, manifestaba su deseo de continuar trabajando. El desarrollo de las estrategias en el manejo de la transferencia constituye un arduo aprendizaje en el que se juega de manera irremediable el análisis propio del analista y su posición en la escucha.

Por otro lado, la experiencia incestuosa despertó prematuramente su libido que fue más allá de la fantasía inconsciente y que le hizo preguntarse “si haber sentido lo que sintió con su padre significó que le agradó y que lo buscó”, esto produjo un laberinto de significaciones que le hicieron transitar por la culpa ante sus propias sensaciones, confirmar su propia imagen denigrada ya por el Otro perverso que la hizo objeto de su goce, pero que, al mismo tiempo, la hizo rebelarse contra ello buscando nuevas miradas que le ayudaran a relanzar su demanda a un Otro menos dañino.

Ante la pregunta sobre lo que sintió dijo “sentí muchas cosas, coraje, miedo, vergüenza...”, se permitió referir las emociones, pero evadió su articulación a las sensaciones corporales que la desbordaban y le imposibilitaba describirlas, *goce femenino* siempre ha sido difícil de abordar.

Añadió que a veces lo soñaba: “sueño que tengo relaciones sexuales con mi padre, en el sueño yo estoy normal, no sentía culpa ni vergüenza y él era delicado”, lo inconsciente expresándose en un deseo que suaviza el trauma de ver hecha realidad la fantasía edípica. La transparencia del sueño revelaba su deseo fijado en la figura paterna, pero ella justificaba la fuerza de la pulsión sexual en el impulso del padre, puesto que se da cuenta de la fuerza del suyo en el empuje hacia la niña de la que abusó.

Decía recordar con frecuencia esa otra experiencia con el vecino, no recuerda su nombre, ella tenía ocho años y él como quince, su madre la mandó a la tienda a comprar la comida para su padre y le advirtió que no se tardara. Ella llegó, el muchacho no le entregaba su cambio y fue cuando la jaló al otro lado del mostrador, y añadió en medio de titubeos “primero me penetró con un lápiz, luego con los dedos y finalmente con su pene, hubo penetración vaginal y anal...” se detuvo, mientras lo hablaba hizo un gesto de horror y placer al mismo tiempo del que no se dio cuenta, pero luego hizo un largo silencio y lloró. Afirmó que esta experiencia la había marcado más que la de su padre, afirmación que por un lado, salvaguardaba de algún modo algo de la consistencia del Otro y por otro, desplazaba su goce a un destino menos angustiante. Sin embargo, ella parecía comparar las experiencias para poder anular el goce del incesto y, al mismo tiempo justificar los impulsos paternos después de haber experimentado ella los mismos empujes de su pulsión.

Antes de concluir su relato añadió “y ya ni digo como me fue al llegar a casa, mi padre se fue sin comer y me llovieron los golpes por parte de mi madre”. Daba cuenta del goce en el que se mezclaban el placer de lo sexual con el dolor del castigo mismo que sabía que se iba a producir, y que ella prolongaba cuando al interrumpir sus relatos se pellizcaba la cara o golpeaba la cabeza con las manos.

Aquí, la pulsión de muerte se vive como un límite que se enlaza con la culpa. La función de la culpa como un límite, inhibe el acceso al deseo y remite de nuevo al goce y en este caso, impidió que en los encuentros posteriores con el vecino se repitieran los eventos sexuales y debido a ello, el muchacho la acusó de romper el vidrio de su tienda, cristal con la imagen de la Virgen, acusación falsa ante la cual ella no se defendió, sino que aceptó el castigo.

Cuando puntué esto, concluyó su relato de un modo lúcido “fue como si me cayera el veinte”⁴²⁹, “mi madre ni me preguntó, tuvo que pagar el cristal, total, *mi virgen ya estaba rota y ella lo permitió*, pero no me escapé de sus golpes”. Y ¿el golpe fue necesario? En su caso parecía necesitarlo para que “cayera el veinte” sobre un saber que la implicaba tanto a ella como a la madre en la situación incestuosa. Si la realidad del inconsciente es la realidad sexual, su nudo es el deseo que se asoma.

El insomnio era uno de sus síntomas, los recuerdos no la dejaban dormir y se mezclaban con situaciones actuales en las que se daba cuenta que iba tomando nuevas actitudes y entonces quería seguir hablando, pero como queriendo articular ese “algo más” que conlleva el relato objetivo de los hechos, las palabras no le alcanzaban, no llegaban. Se daba cuenta del gran enojo que tenía con su madre. Su padre estaba enfermo y toda la familia esperaba que ella se portara con cariño hacia él, ante lo que decía “no me nace, para mí no es mi padre, eso se gana y él no lo hizo”. Narraba que en medio de una borrachera de su padre, quiso tocarla de nuevo y esta vez no se dejó, él empezó a decirle muchas cosas que no quiso repetir en la sesión, pero se enojó tanto con él, que le dijo que lo que tuviera que decirle se lo dijera en sus cinco sentidos y no en ese estado tan lamentable, nunca se había atrevido a reclamarle nada y esperaba que su padre se pusiera peor, pero resultó que no lo hizo, sino que se alejó.

Días después, su madre le reclamó que su padre estaba muy sentido con ella por lo que le dijo, que debía respetarlo porque era su padre. Entonces, ella se dio cuenta de que todo lo que había pasado en la casa era culpa de su madre, que siempre aceptaba todo lo que viniera de su padre, fuera lo que fuera y sintió que aumentaba su enojo hacia ella. Es ella la que confirma el lugar del padre que instaura la Ley, que en este caso, no era de interdicción sino de goce. Estas reacciones constituían sus intentos de desidentificación con el objeto que falta al Otro en la prolongada alienación en su deseo y el enojo acumulado era su aliado en la labor de separación que dificultosamente emprendía cada vez que quería articularlo en la palabra.

⁴²⁹ Expresión mexicana que hace alusión a darse cuenta de algo. Remite a la existencia de teléfonos que funcionaban con monedas de 20 céntimos. Cuando las monedas se atoraban, se golpeaba el aparato para hacer “que cayera el veinte” y funcionara.

Sin embargo, había cosas que siempre le costaba trabajo hablar, había estado pensando en lo culpable que se sentía por la violación, siempre se decía que no podía defenderse, por la fuerza con la que era sujeta. Al preguntarle si eso le recordaba algo, dice que sí, que muchas cosas, que así la sujetaba su padre... se ruborizaba, guardaba silencio y, cuando le preguntaba si había algo en todo ello que había disfrutado, dijo con mucha dificultad que sí, que no debería, que se sentía culpable y empezaba a llorar, no dijo más en toda la sesión.

Al hablar del placer que se mezclaba con el dolor y la culpa, se colocaba en una posición singular en la transferencia, repetía una actitud infantil diciendo que en ocasiones, cuando le decía algo en la sesión, se sentía como si estuviera frente a su madre y no podía evitar sentirse regañada. Ella sabía que no estaba ahí, pero pensaba que cada intervención era un regaño, y entonces su actitud era como de estar esperando un castigo que no llegaba o una amonestación de su madre cuando ella hacía algo que no le agradaba.

Ante la pregunta por los castigos, decía que eran muy variados, cuando era de día, a veces la amarraba a la mesa o a la cama y la golpeaba. Cuando era de noche, a veces la sacaba a la calle y la dejaba ahí mucho rato en la oscuridad y el frío. La castigaban porque se salía a jugar a la calle o porque también se peleaba mucho con su hermana y a veces se agarraban a golpes.

Cuando su madre se iba, les dejaba asignados sus quehaceres y, si cuando ella volvía, no los habían terminado las castigaban, pero decía que con su hermana era menos dura que con ella, siempre le tenía consideración, a ella la regañaba más. Esta misma hermana entra a la vida religiosa casi un año después que ella, y se repiten los escenarios, las religiosas las comparaban todo el tiempo como en su familia, razón por la cual siempre fueron rivales, incluso en su posición frente al padre. La posición perversa del padre se revelaba en el sadismo⁴³⁰ con el que las violaba de niñas, sin embargo parecía tener la necesidad de justificarlo, aunque hubiese sido más que una fantasía incestuosa.

⁴³⁰ Definido por Freud en "Tres ensayos sobre teoría sexual": En el lenguaje usual, el concepto de sadismo fluctúa entre una actitud meramente activa, o aun violenta, hacia el objeto sexual, hasta el sometimiento y el maltrato infligidos a este último como condición exclusiva de la satisfacción. En sentido estricto, sólo este segundo caso, extremo, merece el nombre de perversión. (Freud, 1905, p. 143).

Los fenómenos del sadismo y el masoquismo analizados por Freud a partir de las fantasías hacen pensar en las tres fases de la fantasía incestuosa que Freud despliega en “Pegan a un niño”⁴³¹. En este caso, y desde el punto de vista freudiano, el trauma ante el sadismo paterno y la fantasía edípica se unían en un mismo evento, donde ella era el objeto de goce para el padre y su posición aparentemente masoquista era parte de la postura edípica normal⁴³² ante la cual se sentía culpable.

Cada vez que ella quería hablar de los encuentros con su padre, se detenía, hacía silencio, se retorció las manos o se pellizcaba la cara diciendo que quería decirlo y no podía, las palabras no le salían, parecía que la culpa la mantenía a resguardo de la angustia ante el goce del Otro, de algún modo la sostenía, como para deshacerse de ella hablando todo de una vez, era la culpa ante ese Real imposible de decir.

Sin embargo, era como si necesitara del castigo para soportar la culpa, al recordar no había castigo que se repitiera, ni por parte de su madre ni por parte de su analista, por lo cual llegaba diciendo sentirse más tranquila, pero a la vez arrepentida de haber hablado y culpable por ello, decía que siempre le pasaba lo mismo, cuando decía algo que nunca había dicho a nadie, se arrepentía, dudaba que haber hablado fuera lo mejor y acaba enojada con ella misma. Le pregunté entonces si era cuando se golpeaba a sí misma con las manos o en la pared y dijo: “Sí, ya lo hago menos, depende de donde esté, si estoy en casa de mis padres, si golpeo cosas, aviento lo que encuentro o me golpeo yo, y luego acabo toda adolorida de las manos y la cabeza, no en el momento sino después”.

Conforme hablaba fue disminuyendo la intensidad de esa pulsión sádica vuelta hacia sí misma⁴³³ en la medida en que iba hablando su historia. Sin embargo, la necesidad de autocastigo se desplazaba y en una ocasión comentó que de regreso a su casa después de la sesión, se cayó en el metro y, ante la pregunta, dijo: “...iba pensando en lo que había hablado en la sesión y me sentí muy culpable y enojada conmigo misma, siento como que tengo la culpa de todo y parece que lo que hago es para pagar por lo culpable que me siento”.

⁴³¹ Freud, S. “Pegan a un niño. Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales.”, *Op. Cit.* Tomo XVII p. 182s

⁴³² *Ibid*, p.195.

⁴³³ Freud, S. (1915) “Pulsiones y destinos de pulsión”, *Op. Cit.* Tomo XIV

En su discurso fue dando cuenta de sus identificaciones y ella lo iba notando cuando habla de su trabajo al cuidar a una niña de tres años.

“Me he sentido agresiva y no me gusta, rechazo a todo el mundo y evito el contacto. Me pasaba con la niña que cuidaba y me empieza a pasar con mi sobrina, tiene 3 años, a veces se me acerca y la rechazo. Me pasaba con la otra niña que cuidaba, cuando la rechazaba o me enojaba con ella, me veía haciendo lo mismo que mi madre hacía conmigo, la encerraba en un cuarto. Un día la castigué, la encerré porque descompuso la televisión, ella me gritaba diciéndome que no la encerrara, que quería estar conmigo.”

Al darse cuenta lloraba y decía que su madre nunca le dio cariño y que ella tampoco podía darlo, que había pensado en no tener hijos, que no quería repetir lo mismo que ha pasado en su familia. Añadió que lo curioso es que le había pasado con la niña, pero no creía que con su sobrina le fuera a pasar, que sentía una atracción hacia la niña. Entre silencios y llanto añadía que quería tocarla y abrazarla como le hacía su padre, pero luego la rechazaba y la empujaba, que sabía que la niña no tenía la culpa de lo que a ella le pasó.

Experimentando su propia compulsión a repetir, pudo al menos dar cuenta de su pulsión, donde experimentaba placer y dolor, atracción y rechazo según podía ir reconstruyendo en sus recuerdos.

Es claro que, las más de las veces, lo que la compulsión de repetición hace revivenciar no puede menos que provocar displacer al yo, puesto que saca a luz operaciones de mociones pulsionales reprimidas. Empero, ya hemos considerado esta clase de displacer: no contradice al principio de placer, es displacer para un sistema y, al mismo tiempo, satisfacción para el otro. Pero el hecho nuevo y asombroso que ahora debemos describir es que la compulsión de repetición devuelve también vivencias pasadas que no contienen posibilidad alguna de placer, que tampoco en aquel momento pudieron ser satisfacciones, ni siquiera de las mociones pulsionales reprimidas desde entonces.⁴³⁴

Lo que queda sin decir genera múltiples preguntas en la dirección de la cura en cuyo enigma se mueve uno cautelosamente, no tener las respuestas es lo que va provocando la posición de vacío frente al saber, generando más preguntas en el sujeto que al mismo tiempo dan continuidad a su discurso.

⁴³⁴ Freud, S. (1920) “Más allá del principio del placer”, *Op. Cit.* Tomo XVIII, p, 20

En el tratamiento de esta analizante, se iban alternando períodos frente a frente con los períodos en el diván, según se lo permitía su angustia, concesión necesaria ante el temor de ella misma de desestructurarse ante los recuerdos angustiosos que la hacían golpear, lo que no hacía bajo el sostén de la mirada de la analista: "... me siento como en desventaja, me da miedo, me incomoda no verla (a su analista) necesito saber con quién estoy hablando", como afianzando su posición imaginaria antes de dar otro paso en la implicación subjetiva en sus relatos. Sin embargo, cuando luego de alguna temporada frente a frente, sentía la necesidad de apartarse de mi vista, decía "tal vez tendría que acostarme nuevamente en esa cosa", esas constituían pausas en su discurso, pero cada vez que volvía al diván, emergían nuevos recuerdos, sueños y asociaciones que trabajaba intensamente en medio de silencios y llantos mientras pudiera soportarlo, y luego, volvía a la silla nuevamente.

A lo largo del proceso analítico, fue sorteando dificultades para hablar, enfrentando sus propias resistencias en la transferencia, elaborando un saber sobre su propia historia, mismo que le permitía bordear lo real en sus intentos por simbolizar el trauma. Fue modificando paulatinamente su posición subjetiva frente a los síntomas que iban y venían, y que la remitían a la necesidad de hacer algo con ellos. La ubicación de su posición en el discurso, daba cuenta del enlace de los tres registros del lenguaje con los que ella misma intentaba definirse.

Dimensión imaginaria formada a partir de los entramados relacionales donde el juego de la imagen, como efecto de ser espejos unos de otros, le permiten al sujeto identificarse, definirse y apegarse de un modo narcisista a su propia imagen. Esto le pasaba a Juana, la mala relación que tenía con sus padres condicionaba las que tenía con los otros, se definía "fea, despeinada, gorda y sucia" tal cual le decían sus padres y le confirmaron en la escuela, se manejaba con temor a la cercanía y la preocupación de los otros por su bienestar le hacía desear distancia, no querer acostumbrarse al buen trato por temor a que se cansaran de ella y la abandonaran (narra experiencias de éstas en la infancia) y no quería que le volviera a ocurrir.

El rechazo de lo sexual le planteaba un camino largo por recorrer, no podía entender como eso de la sexualidad podía ser algo normal, que a alguien le gustara que le tocaran el cuerpo y encima lo disfrutara, pero había en su conducta

durante las sesiones algo de ese goce en sus movimientos, movía nerviosamente las piernas en las sesiones, ya sea en silla o en diván, al tiempo que se restregaba las manos y bajaba la mirada, decía enojarse con ella misma por sentir.

Sus angustias se intercalaban con experiencias que no podía explicarse, sus dificultades económicas le hacían tener que estar cambiando de trabajo, y en esos cambios podía comparar ambientes distintos a los de su familia, la mayor parte de las veces trabajaba como auxiliar doméstica, y en todos esos trabajos llegó a presenciar manifestaciones de cariño en los miembros de la familia, actitudes de respeto, consideración y valoración por su trabajo, que aun cuando no sabía cómo reaccionar ante las actitudes cercanas y respetuosas, podía darse cuenta de su necesidad de aceptación así como de aprender a recibir aquello que en su casa no había recibido.

Dimensión Simbólica donde tanto su imagen como su cuerpo eran hablados por el Otro y donde el juego de los significantes que le representaban le ataban y le liberaban, se desplazaban y se transformaban en síntomas como parte de su propio decir, le describían y le limitaban dentro del marco de un enigma respecto a la multitud de significaciones posibles de las experiencias tenidas en las relaciones con el Otro y los otros, dejando huellas, estableciendo coordenadas fantasmáticas que definían su posición subjetiva a lo largo de su propia historia. El rechazo de su nombre propio unido al de su padre y al del lugar de una Virgen, constituía un significante fuertemente unido a la imposibilidad de la relación sexual.

La culpa experimentada le hacía dar cuenta de su implicación subjetiva y juzgaba no merecer nada bueno que pudiera venir a su vida, la repetición “de lo mismo” como ella decía eran esas vueltas en espiral donde algo nuevo añadía en su discurso, en su posición y en su posibilidad de elaboración de lo sucedido. Una mirada diferente y un abrazo del padre por manifestarle cariño la toma por sorpresa y no sabe qué hacer con eso, le quita los brazos y se aparta sin saber cómo manejar lo que esto le provoca.

Dimensión de lo Real es justamente aquello que está excluido de la simbolización, que carece de sentido y aparece cuando el lenguaje no da para

más, no alcanza a describir eso que no encaja y que no se puede situar. En Juana, su ir “más allá del principio del placer” en el goce del cuerpo donde el placer y el dolor iban de la mano como objeto del Otro en la vivencia de la escena primaria, la fantasía edípica y la experiencia incestuosa, hablaba de lo real del cuerpo, del trauma, de la pulsión, de su repetición, de su goce y su deseo entreverado en los procesos corporales y anímicos que lo sostienen.

La escucha psicoanalítica atraviesa el discurso consciente y centra sus raíces en las manifestaciones de lo inconsciente, opera considerando elementos importantes como la pulsión, la repetición, el trabajo de la transferencia, el tiempo lógico (más que el cronológico) en el tratamiento y, en la construcción lógica del caso se entrelazan las dimensiones de lo imaginario, lo simbólico y lo real,⁴³⁵ en el reconocimiento de los síntomas, en la relación con el Otro y la configuración fantasmática y el bordeamiento de la angustia en lo traumático y la consecución del *objeto a* que causa el deseo. Ubicar el lugar desde el que el sujeto habla y vive su experiencia subjetiva y, por otro, el lugar desde el que el analista interviene en la escucha, al mismo tiempo que detecta la lógica de lo inconsciente en el caso por caso.

Los casos planteados presentan el dinamismo de estas tres dimensiones en su transcurso, con sus particulares formas de goce que en cada caso contribuyeron a los movimientos subjetivos que les permitieron simbolizar la experiencia, pasar de lo real de la angustia, a lo simbólico en la culpa y en la responsabilidad por su posición, por su deseo para aprender a hacer algo con sus síntomas.

⁴³⁵ Cfr. Jaques Lacan, seminario III: “Las Psicosis” (1955-1956), plantea claramente la distinción de la neurosis y la psicosis a partir del análisis de estas tres dimensiones: Real, Simbólico e Imaginario.

6.4. Nudos que duelen: deseo y goce en los cuerpos violentados

La experiencia particular de la escucha psicoanalítica ha contribuido a la investigación clínica, produciendo entre la teoría y la práctica, enlaces continuos sin los cuáles no hay posibilidad de creación. Sin embargo, no se aborda el caso como un intento de corroborar la teoría, ésta es solo una herramienta que permite encontrar una lógica del caso, mismo que va más allá de ella, la reinención del sujeto pasa por una demanda de curación que no se reduce a cambios específicos del comportamiento como su finalidad, tampoco se reduce a hacer consciente lo inconsciente o a colmar las lagunas del recuerdo. El trabajo analítico permite acceder a una cierta forma de elaboración, donde el síntoma ya no es el objeto del trabajo analítico, sino que tiene su función en la economía psíquica del sujeto. Por lo que es necesario servirse del síntoma en lugar de querer anularlo.

Sin negar que el punto de partida de Freud como médico antes que psicoanalista, fuera inventar un procedimiento destinado a aliviar los síntomas de las “enfermedades nerviosas”, y que tratara de disminuir los sufrimientos, tanto psíquicos como físicos diferenciando uno de otro, concluye que la asociación libre permite expresar en cada análisis, las frustraciones ante los conflictos de la vida, las emociones, los acontecimientos dolorosos y los deseos que ahí se asoman, constató que eso trae por añadidura la curación esperada, por lo que en la actualidad, el concepto de curación en psicoanálisis trasciende al heredado de la medicina y llega a subvertirlo.

La cura confronta siempre al sujeto con su goce y la novedad que aporta el psicoanálisis sobre la curación, es que cada sujeto goza de un modo particular de sus síntomas. Aunque los psicoanalistas sepamos que los neuróticos viven una vida difícil y que nosotros tratamos de algún modo aligerar su malestar, no podemos idealizar la curación, ni empujar el análisis demasiado lejos, como lo da a entender igualmente Lacan, cuando el analizante piensa que está feliz con su vida, ya es bastante.⁴³⁶ Sin embargo no siempre se llega a ello, pero se accede a un conocimiento que antes era inaccesible y que le permite al sujeto mantenerse en ese intento.

⁴³⁶ J. Lacan. Universidad de Yale 1975

En el acompañamiento de los casos presentados, el sufrimiento y el dolor presentes en el desplazamiento continuo de los síntomas que las pacientes vivenciaban, dieron cuenta de las marcas de goce que les impedían volver a anudar el lazo roto con el padre y considerar la posibilidad de construir nuevos vínculos en donde no lo tuvieran como modelo. Tanto Ana como Juana reconocían en su discurso que todo lo que les pasaba por la mente tenía que ver con el tejido de las escenas vivenciadas que aparecían entrecortadas, algunas claras y otras difusas como parte de la resistencia ante la experiencia de la angustia, que eran pensamientos que les venían a la mente una y otra vez, recuerdos que les molestaban y no las dejaban dormir, decían que no querían pensar, –o se arrancaban los cabellos o se pellizcaban la cara y se golpeaban la cabeza– ante las sensaciones de culpa que las perseguían y enmarcaban su goce. No querían sentir, no querían tener a la gente cerca, se sentían incómodas con todo tipo de contacto y mirada, se sentían paralizadas.

En el tejido de la experiencia, el trauma, la seducción y la fantasía, constituían un nudo que se atoraba en el cuerpo y en sus sensaciones, en la garganta donde se trababa el discurso, en los pensamientos y en las emociones que obstaculizaban la creación de nuevos lazos y desviaban el camino del deseo hacia el sufrimiento gozador de la alienación significativa. Si bien, el acercamiento del padre en ambos casos había sido violento, entraron en juego otro tipo de acercamientos que restauraron de algún modo la imagen especular, les dio acceso la simbolización de la experiencia traumática y les permitió un lugar en el deseo de otros, como fue la presencia del tío que les cuidaba y/o defendía del as agresiones del padre.

El psicoanálisis basado en la orientación lacaniana se diferencia de otras técnicas y prácticas terapéuticas porque incluye el trabajo del goce implicado en el síntoma. Es decir, la consideración del síntoma pasa a ser una consecuencia de la falla psíquica estructural, donde se pone en juego la realidad sexual del inconsciente que esta sujeta a la operación del significante y a la Ley de interdicción que marca el cuerpo, y por ende, imposible de borrar. De modo que, el cometido de las intervenciones analíticas alrededor de los síntomas, en estos casos surgidos a partir de la experiencia traumática del incesto, apuntaban a la ubicación de los desvaríos y vagabundeos del goce en la experiencia, en la

narración de las escenas y sensaciones donde se escondía con la finalidad de reconducir al sujeto hacia el camino responsable del deseo.

Así, en el caso de Ana por ejemplo, confirmar con ella los primeros síntomas: vómitos, diarrea, asma, tricotilomanía (compulsión a arrancarse el cabello) como metáforas de la necesidad de desalojar lo que le hacía sufrir, le permitió en su paso por la palabra, dejar salir entre llantos y angustia los recuerdos de las escenas vivenciadas a las que se les dio un lugar en la sesión, un lugar que no existía en su consentimiento, no existía en el discurso materno que lo ahogaba y no existía en la posibilidad de contarle a su esposo que la apoyaba. Al empezar a hablar empezaron también a surgir las preguntas sobre si las escenas contadas serían fantasías o realidades, si realmente habían ocurrido o no y si se había visto envuelta en la seducción del juego que se tornó violento.

En el caso de Juana, confirmar y puntuar los síntomas del insomnio, la enuresis, los dolores de cabeza y de estómago como salidas a lo que le hacía sufrir, se entretajeron con la rumiación obsesiva de sus pensamientos, con las acciones auto punitivas –como pellizcarse la cara o golpearse la cabeza– que agregaron mayor dificultad al acceso a la palabra. No se atrevía a hablar, hacía grandes silencios, meneaba la cabeza queriendo espantar lo que recordaba y decía que las palabras no le alcanzaban para decir lo que sentía, que mejor no hablaba. Este proceso llevo mucho más tiempo tanto cronológico como lógico en el despliegue de su saber inconsciente. Sus tendencias al autocastigo reflejaban el entramado de los rasgos perversos en los que el dolor se une al placer y la culpa es un intento de ponerle un límite. La culpabilidad frente a sus pensamientos revelaba su implicación en ellos y el goce de sus inhibiciones sintomáticas.

En ambos casos, el tiempo cronológico necesario permitió en su dimensión lógica, el paso del instante de la mirada sobre el sufrimiento y sus síntomas, al tiempo de la comprensión que inició con el despliegue de las preguntas y se extendió en el escenario de la transferencia en la búsqueda de respuestas. El silencio como intervención, sin afirmar ni desmentir nada de lo dicho al respecto, propició ese espacio para la narración, ofreciendo en la escucha un lugar para el despliegue de la duda, un lugar donde podía articularla, sentirla y pensarla. Pero no fue sencillo, de inmediato aparecieron las resistencias que revelaban algo de

su implicación subjetiva aún no descubierta, por lo que el merodeo en la repetición de lo imaginario le fuera acercando a la posibilidad de tramitarla. La aparición de los sueños en su discurso fueron enigmas angustiosos que se llevaron su tiempo, lógico y cronológico en su dilucidación porque hablaban de su modo de gozar el síntoma tejido de placer y de dolor al mismo tiempo.

En ambas pacientes, la realidad sexual del inconsciente, que se tornó consciente y traumática en relación al Otro en su discurso, estaba teñida de la mezcla de dolor y placer, y envuelta en el mayor de los afectos, la angustia. Puntuar la falta del Otro que las atrapaba en su goce, alentar las preguntas por su posición frente a ello, provocaba diversas reacciones, la mayoría de sorpresa y de rechazo ante el reconocimiento de su propia pulsión sexual que se repetía. El efecto de ello también era sorpresivo, la angustia bajaba, el llanto se tornaba tranquilo y surgía la pregunta sobre el placer experimentado y que en medio del dolor del acontecimiento, también emergía como una verdad.

Decían no querer hablar del asunto con nadie, pues no querían sentirse culpables de traicionar el discurso materno que les presionaba al silencio, a no decir nada sobre esos secretos familiares. La pregunta sobre el deseo del Otro, del padre perverso y de la madre que sofoca, generaba al mismo tiempo la pregunta sobre la naturaleza de su propio deseo, pregunta que podía tener un lugar en el espacio analítico y cuyo trabajo en la transferencia propició la posibilidad de tramitar el trauma. Sus avances y retrocesos se veían comprometidos por la culpa al traicionar el deseo de ese Otro materno que les prohibía que hablaran de estas cosas con nadie, que justificaba las conductas paternas con complicidad y abandono.

La implicación de la sexualidad en ambas se veía evidente, entre el rechazo de Ana por la vida conyugal con su esposo, poniendo a su hija en medio de los dos para evitar el contacto, su rechazo a la cercanía de los hombres que le provocaba angustia y sofocos que podían terminar en un ataque de asma, y al mismo tiempo su actividad masturbatoria “morbosa” como ella la llamaba, que desembocaba en una culpa tremenda ante la cual comía con ansiedad, revelaban el tejido del placer y del dolor que la implicaba desde la experiencia de su cuerpo con el goce de sus síntomas. En Juana, la experiencia del incesto, la repetición del abuso con mujeres, sus experiencias homosexuales en la vida religiosa y su

atracción al vínculo con las chicas, la implicaban en su sexualidad de un modo distinto, pero sin dejar de revelar el rechazo de todo lo que tuviera relación con su padre y los hombres en general.

Cuerpos violentados que gozaban sus síntomas, cuerpos marcados por una falta, atravesados por la falla estructural del psiquismo humano que distorsionó en su constitución la vivencia de la sexualidad que rechazaban, y de la que al mismo tiempo no podían desprenderse, que por tanto, desplazaban en los síntomas creados y en la labilidad de los vínculos generados. Cuerpos hablados que hablaban de su goce y de su deseo.

Este acompañamiento de su discurso no estuvo exento de altibajos e incertidumbres, las escenas contadas siempre estaban teñidas de dolor, su repetición añadía detalles que daban acceso paulatino a una dolorosa verdad generada a partir de un saber inconsciente que antes les era inaccesible y que posibilitaba una reconstrucción de su historia, no como una comprobación de la veracidad de hechos, sino como un acceso a la verdad sobre su implicación subjetiva. La posición como analista siempre se vio comprometida en la escucha, mantenerse en ese lugar de testigo, sostén, de neutralidad y de vacío que posibilitara la emergencia del deseo en cada sujeto, ha sido la empresa más difícil del ejercicio clínico.

Los intentos de ambas pacientes eran recorridos laberínticos que continuamente “se topaban con la pared” de una resistencia expresada en los silencios, volvían a intentar la articulación en la palabra y los accesos de llanto hacían patente el abismo ante la angustia que había que contener.

Era imposible decirlo todo, la intensidad de la angustia tenía que disminuir para dar acceso a la palabra y a la posibilidad de hacerse cargo, de responsabilizarse del síntoma, de su goce y de su entretejido con el deseo, lo que hacía necesario los cortes, las pausas que permitieran dejar para otra sesión y aceptar su detención cuando las palabras no alcanzaban, dándose tiempo, dando rodeos e intentando bordear la angustia.

6.5. El acto del sujeto: el tejido individual y sus enredos

Son los intentos de quien acude a consulta, por conocer la razón de sus síntomas lo que le lleva a saber algo más sobre ellos, en la búsqueda de razones, se adentra en su historia, encuentra repeticiones y contradicciones en las que descubre que de algo le ha servido mantenerlos, descubre los modos de repetirlos, de gozarlos y ponerles límite, en suma, verdades que duelen más que los mismos síntomas que utilizó para ocultarlas. El encuentro con la verdad sobre su posición subjetiva frente a lo que sufre es lo que va generando un movimiento distinto en su dinámica psíquica.

Ana, Juana y muchas pacientes atendidas debido a síntomas derivados de la violencia sexual, pasaron del intento de olvidar sus historias al intento de reconstruirse en ellas, aunque ello implicara destejer la red significativa que las sostenía en sus identificaciones y en su relación al Otro, para volver a tejer con la palabra su propia reconstrucción subjetiva. El lazo simbólico que en los casos presentados, había sido roto por la experiencia incestuosa, dejaba marcas de goce imposibles de borrar, que comprometían su subjetividad, que seguían enmarcando sus síntomas y, a la vez impedían romper con el vínculo anterior. La relación de ambas pacientes con su padre no era un vínculo que pudiera terminar tan fácilmente debido a la alienación en el deseo del Otro que las sostenía aunque se hubiese convertido en perverso y violento, pero ambas lo modificaron desde su decir, en el enojo y la confrontación, abrieron la posibilidad de la separación y la modificación de ese vínculo donde la mediación de la palabra ponía límites al goce del Otro sobre sus cuerpos.

La posición subjetiva frente al Otro, iba tensando el lazo y la angustia de lo real vivenciado en el trauma de la experiencia incestuosa acabó por romperlo. Lazos rotos en los vínculos primarios que hicieron estragos en la subjetividad que, en su dolor se jugó en la palabra haciendo en ello intentos de reconstrucción. Intentos solitarios que provocaron los síntomas, que fueron apareciendo como hilos rotos y se toparon con un entorno hostil. La violencia sexual se enreda y anuda al ámbito de la violencia social, que va desde su escondite institucional hasta la agresión más brutal y va dejando con sus trazas de goce, esos nudos que enlazan el placer y el dolor, pero también huecos que ofrecen la posibilidad de deshacer los enredos y sostener en la palabra, los movimientos subjetivos

para tejer algo con los hilos que quedan, síntomas que en su continuo desplazamiento que enlazan nuevamente el deseo.

En Ana, la sensación de peligro provenía desde tres fuentes, la violencia paterna y la violencia hacia ella misma como castigo por su propia repetición pulsional y que luego se proyectó, de un adentro hacia afuera, a la violencia posible por parte de todos los hombres. Se escondía, no salía de su casa, se había dejado engordar para pasar desapercibida, fluctuaba de un modo consciente, pero no sin dolor, en la relación con los hombres, presentes en sus tentativas de salirse de casa, incursionar en un negocio donde siempre estaban ahí e incluso le proporcionaban reconocimiento en sus miradas ante la modificación de su aliño, la pérdida paulatina de peso y su progresivo cuidado personal. De igual modo al volver a casa donde su pareja le apoyaba y su hija le recordaba cómo poner los límites.

Juana pudo situarse de un modo distinto frente a la mirada de los otros, pero se afianzaba más en su relación con las mujeres de quienes aceptaba su reconocimiento y apoyo, como el caso de la señora que la empleaba y cuyo contacto le devolvió una imagen distinta de sí misma. En su caso las mujeres habían estado también presentes en los accidentes de su sexualidad, tanto en la repetición de los abusos como en la vida religiosa, experiencias que le proporcionaban una mirada distinta que confrontar con la del padre, y verse a sí misma desde otra posición, donde la culpa no prolongara sus comportamientos autopunitivos, sino que se convirtiera en una conciencia responsable de su deseo y de los lazos que podía generar desde él. Reforzaba los contactos amistosos con otras chicas, participaba en equipos de fútbol femenino y salía con sus amigas para darse seguridad, todo ello en intentos continuos y avances progresivos en sus movimientos subjetivos.

En los casos expuestos, ambas pacientes proporcionaron con su narrativa lo que se configuró como la imagen y la relación con su Gran Otro, de quien pasaron a ser su objeto de goce: gozar sus cuerpos de un modo violento en la experiencia incestuosa y dejar rastros de asco y suciedad en su propia imagen. Es el enojo ante tales eventos, el que le permite separarse en sus intentos por deslindarse del ser objeto, y encontrar en las nuevas experiencias la creación de

nuevos lazos sociales, que si no reparan el lazo roto que ha dejado un hueco en su tejido particular, si les permite mirar los hilos que se les ofrecen en los nuevos vínculos creados.

Ambas pacientes descubrieron un saber sobre sí mismas, sus lazos rotos y la responsabilidad de hacer nudos en los vínculos venideros. Estos nuevos nudos constituyen los actos del sujeto, su tejido individual que en medio de los diversos contextos, no disminuyen los intentos cotidianos, intentos en los que no faltaron los enredos y las dificultades en el apego al síntoma y su gozo.

Todos los tipos de actos que puede tener un analizante en su proceso analítico, están enmarcados en momentos específicos de la transferencia y en la sucesión de los tiempos lógicos, que como espirales se enlazan entre una sesión y otra, entre un intento y otro fuera de la sesión analítica, volviendo a iniciarse en cada para acceder a un saber más amplio, la dolorosa verdad sobre el goce de sus síntomas y la necesidad de no detener el movimiento subjetivo, que en sus pausas, constataba la emergencia del deseo que lo impulsaba y modificaba paulatinamente y, casi por añadidura, su posición frente a ellos.

En el trabajo clínico que se realizó con estos casos, se hizo a partir de la escucha de lo inconsciente, considerando el lugar del sujeto en la estructura neurótica, por lo que el diagnóstico se mantuvo a modo de hipótesis y no se retomaron los que fueron realizados previamente en el tratamiento institucional. Desde el punto de vista psicoanalítico, llama la atención constatar que, a pesar de la ruptura de la Ley de interdicción del incesto, algo de la función paterna operaba para alojar al sujeto en lo simbólico y evitar su desliz hacia la psicosis, y la inmersión en el lenguaje le permitió enlazar el síntoma con su sentido y con los significantes que lo sustentaban. Desde esta perspectiva la cura no consiste en una eliminación total de los síntomas, que en este caso como en muchos otros, se desplazaban de manera continua, sino en una subjetivación que permita historizarlos, darles su lugar, hacer consciente su sentido, hacer algo distinto con ellos que gozarlos en ese entretejido de dolor, una acción responsable con y frente a ellos que en su movimiento subjetivo la provoque por añadidura.

El telar de la transferencia emerge sin la mediación de la voluntad, entreteje lo trágico del acontecimiento que provoca el sufrimiento, con algo que lo

ilumina, algo del orden de lo bello que tienen que ver con el amor. Pero no un amor como el que se transparenta en los lazos sociales, sino un vínculo que le da un lugar a su demanda y le posibilita la re-creación de esos otros lazos de un modo distinto.

Es el vínculo social un enredo en el que se cruzan este tipo de lazos, donde lo amoroso no excluye el odio y acarrea problemas que son más que evidentes en el enlace de las historias personales, familiares, comunitarias y sociales. Freud no los dejó de lado al plantear la ambigüedad del amor que se da en ellos, donde el amor al Ideal que sostiene a los hombres en sus vínculos sociales, se entreteje con ese mal-estar inherente a la estructura del sujeto en su relación con los otros. Sin embargo, esa emergencia sorpresiva del amor que se da en la transferencia, conlleva la posibilidad de algo nuevo, donde sin notarlo, esa novedad se teje con el engaño y la ceguera necesaria para la reinención de los lazos, un nuevo amor que transmite lo que sabe y no se da cuenta que lo sabe, un nuevo amor en el que se teje la repetición, la identificación, la ilusión y el ideal, que no deja de ser actual y verdadero, y que sostiene el movimiento sin fin del deseo que lo mantiene vivo.

Después de Freud y de muchos otros, Lacan y trabaja desde ese Otro de lo simbólico al que se dirige en realidad el amor de transferencia, y que como punto nodal en la clínica psicoanalítica determina las relaciones del sujeto con su deseo. Es a ese Otro del amor al que se dirige la demanda del paciente cuando acude al analista esperando recibir las respuestas que busca, es el hilo del amor de transferencia que pone al analista en un lugar donde se despliega una verdad antigua y actual que resulta inédita para el sujeto que se asoma a la posibilidad creativa de sus enlaces, vínculos y lazos que lo anudan al deseo.

Sin embargo, que el analista utilice el hilo del amor como herramienta para el trabajo del sujeto en relación a su verdad, implica que tendrá que vérselas con el develamiento de los engaños de ese amor transferencial al final del recorrido. De esto se trata al trabajar la transferencia que, si bien contiene ese aspecto engañoso, no significa que sea falso, se establece como un velo que permite la emergencia de lo inconsciente en el tratamiento y es su develamiento final lo que contribuirá al movimiento subjetivo que traerá la cura por añadidura.

Las dimensiones del nudo borromeo en las que el sujeto transita se suceden en sus tiempos lógicos para desembocar en actos que van dejando marcas, huellas que permiten la configuración del entramado principal de su existencia, su relación con los otros le permiten formar espejismos, crear lazos, entablar nuevas relaciones y hacer nudos cuando se intenta reparar lo roto, en este entramado es que se realiza la travesía de los fantasmas que configuraron su alienación al Otro. La clínica en cada caso se reescribe en los correlatos de estas travesías, desde lo singular que se muestra en cada proceso, por el cual la creación de un sujeto logra conquistar espacio en el campo del Otro, entablando lazos sociales que no diluyan la subjetividad en lo colectivo, o ignoren la dimensión de un imposible.

Los horizontes a los que nos conduce el psicoanálisis en el abordaje de casos clínicos concretos, nos permiten trazar los aspectos éticos de la experiencia clínica que orientan su praxis y que no es otra que una ética del deseo. Transmitir casos clínicos desde la transición de la escucha psicológica a la escucha psicoanalítica ha sido también un aprendizaje, me permitió constatar efectos distintos cuando se indaga al menos, un fragmento de verdad que implica al sujeto, y en esta exposición particular de dos casos de incesto considerando su contexto social, el entramado del aprendizaje transmite al mismo tiempo una enseñanza que deja abierta la pregunta: ¿quién lee?, ¿qué busca el que lee?, ¿para que lee y cuáles son sus efectos?, en suma ¿qué hay del que lee? Entre el sujeto que en su acto de enunciación ha revelado algo sobre sí mismo, el que escucha y transmite lo enunciado con la certeza de un efecto de saber y el que lo recibe al leer, se crea también un lazo y una transferencia con el saber sobre la verdad que nos implica a todos.

Estos escritos clínicos son el pálido reflejo de una realidad múltiple tratada a lo largo de los años, en donde el elemento común de la violencia sexual se presenta bajo diversos factores que la provocan y, que me han permitido como analista, una elaboración –siempre parcial– de mi clínica. Se han presentado estos escritos clínicos como una oportunidad de reflexionar sobre las sutilezas de la técnica, sobre el modo particular como he pensado las sesiones que presento, sobre las hipótesis teóricas explícitas e implícitas en que he basado mis intervenciones, así como mis propias hipótesis enmarcadas en las preguntas

iniciales del psicoanálisis al intentar simbolizar lo real de una experiencia traumática: ¿no es acaso la verdad histórica irrecuperable?, ¿no es acaso siempre mítica?, ¿no es ese imaginario que el sujeto construye como el “mito individual del neurótico”?

Estos trayectos analíticos son, como Freud propone en “Construcciones en el análisis”, no solo una recuperación de una historia pasada, sino el tejido de diversas formas de representaciones y de deseos que se deslizan por las cadenas significantes, que le dan todo su valor al decirlas y permiten la reorganización psíquica del sujeto, más en su verdad que en la veracidad de los hechos narrados. También han ilustrado de algún modo el saber teórico del psicoanálisis que me ha orientado, el cual no es poseedor de una verdad universal, ni tampoco es un saber cerrado, sino que la singularidad de cada caso, hace que permanezca siempre abierto a una discursividad que impida el cierre de una significación correcta o última. “Siempre un caso deberá ser fallido, en el sentido de la definición misma de lo inconsciente. De lo contrario, nos encontraríamos con la mera elaboración de viñetas clínicas, en su relación de simple servidumbre hacia la teoría que ilustran”.⁴³⁷ Sirvan pues para la transmisión de un saber, por la vía del enigma y como producto de la experiencia que no admite terceros ni testigos.

Pero nunca se dice todo, siempre quedan las preguntas, que como aporías, dejan al psicoanálisis ante el abismo del saber y de la verdad sobre el sujeto. Lacan propuso también dibujar el telar psicoanalítico con el abordaje de la topología que aporta un saber adicional, y que en los casos planteados queda abierto a su posterior elaboración. Abordar sus nudos, formas y estructuras, así como explicar sus procesos y su dinamismo en la clínica, siempre remitirá a una hipótesis que revele la combinación de los hilos del amor, del malestar y del deseo que entretejen las múltiples experiencias de vida de los sujetos en análisis, ¿se tratará de tejidos que habrá que desbaratar y volver a tejer? Tal vez llegar a análisis implique eso, llevar el tejido de la propia vida y desbaratarlo, para volver a tejerlo con hilos nuevos, pero eso le corresponde a cada sujeto. Y aun así, las resistencias no dejan de aparecer, pues conforme va hilvanando los hilos de su historia surgen nuevas preguntas en su discurso. “¿y ahora para que me sirve

⁴³⁷ Rangel Guzmán, R. (2010) “Sobre la función del caso clínico en la transmisión del psicoanálisis”, en Revista de Educación y Desarrollo, No. 12. UDG. México

esto?, ¿o sea que sí tengo la culpa?” preguntas que resisten el desprendimiento del goce y que sigue elaborando a lo largo del tratamiento hasta anudarlo al deseo. Parecen evocar nuevamente la poesía de Silvio Rodríguez asemejando la posición del sujeto frente a la verdad:

¿Dónde pongo lo hallado?
En las calles, los libros, la noche, los rostros en que te he buscado.
¿Dónde pongo lo hallado?
En la tierra, en tu nombre, en la biblia, en el día que al fin te he encontrado
Qué le digo a la muerte tantas veces llamada a mi lado,
que al cabo se ha vuelto mi hermana...
¿Qué hago ahora contigo?
las palomas que van a dormir a los parques ya no hablan conmigo
¿Qué hago ahora contigo?
*ahora que eres la luna, los perros, las noches, todos los amigos*⁴³⁸.

Los tejidos elaborados con violencia social y violencia sexual, muestran lazos rotos, desintegrados o podridos que habrá que regenerar, ¿cómo hacerlo con el telar del psicoanálisis? Este telar no alcanza a las masas porque solo puede hilar fino en el caso por caso para atravesar la angustia, destejer el goce y volver a tejer el deseo de quien lo demanda. Si el psicoanálisis solo trabaja en el caso por caso y no proporciona curas rápidas, sólo puede responder al desafío social en el fortalecimiento de los hilos individuales que conforman sus tejidos.

Sin embargo, sus aportes teóricos y sus consideraciones éticas pueden estar presentes en la formación de los profesionales que atienden estos casos, iniciar otra manera de escuchar es posible, ya sea de modo particular o en la dimensión institucional, donde puede darse un espacio, un lugar a la subjetividad particular del caso por caso que se va atendiendo, y donde el estudio sistemático de éstas particularidades, puede dar pistas para el diálogo interdisciplinar y las alternativas que presenta. De este modo, se presentan en el siguiente capítulo otros recuentos de la experiencia que pueden proporcionar algunas claves del ejercicio clínico conjunto en este tipo de casos.

⁴³⁸ Silvio Rodríguez, “Donde pongo lo hallado”. Álbum Mujeres, 1978. Recuperado de la internet: <https://alt.music.lyrics.spanish.narkive.com>

CAPÍTULO 7: DESENREDANDO Y ANUDANDO DISCURSOS

Los discursos se enredan o se anudan. Si los discursos se enredan, se atraviesan o se encubren unos a otros, se traslapan, las palabras no circulan, no construyen, dicen sin decir y su enunciado lo complica todo. Cuando se cruzan de manera arbitraria y desordenada se confunden, los significantes que los componen no se distinguen de sus infinitas significaciones y las definiciones que intentan construirse se constituyen en un delirio contenido. Pero si los discursos se anudan dan continuidad, los significantes se enlazan unos con otros en la cadena y ofrecen un espacio de expresión a las significaciones con las que construyen su decir, son palabras dadas que fluyen y se ponen a circular en un acto de enunciación para la construcción de un saber, como bien nos dice Marinas “palabra dada es un compromiso que garantiza el circuito del decir, que el relato no se cierre...”⁴³⁹. Y desde aquí, es que importa primero desenredarlos para que puedan anudar algo.

En la construcción del saber en la clínica, se presentan diversos tipos de discursos que pretenden su legitimación desde una posición de amo, es decir, desde esa posición que no admite pruebas, preguntas, cuestionamientos a sus construcciones y aporías por resolver, y que se tornan un discurso cerrado. Sólo la apertura a la pregunta permite ir más allá del saber constituido que muchas veces se instala en las instituciones sociales, donde la multiplicidad discursiva se expone excluyendo a los sujetos que la comparten.

Es por esto que, a lo largo del presente trabajo, se han expuesto las diferencias en los discursos que se han enredado en el trayecto de la experiencia, en la atención de casos que presentan síntomas derivados del contexto social, específicamente de la violencia sexual, para exponer en el enlace con el psicoanálisis, la importancia de la subjetividad que los subyace. Es en los relatos, tanto de los pacientes como de quienes los atienden que se van enlazando las construcciones subjetivas.

⁴³⁹ Marinas, J.M. (2007) La escucha en la historia oral. Madrid: Síntesis.

7.1. Recuentos del ejercicio clínico.

El discurso psicoanalítico, al igual que los de otras disciplinas, también corre el riesgo de quedarse en un circuito cerrado si evita mirar y abrir sus fronteras, dialogar con otros saberes y mantener la apertura de la pregunta por el saber que se construye en el caso por caso de su clínica.

En este sentido, el ejercicio del psicoanálisis da cuenta de los distintos modos de subjetivación que se construyen en un análisis y, donde la formación del analista y su posición en la escucha también forman parte de ellos. Como hemos visto, la escucha en el análisis va permitiendo en el despliegue discursivo del sujeto, la re significación de su propia historia hecha girones, cuyas rasgaduras y cortes encuentran en el enlace palabra-escucha su propio espacio, ese que se hace recordando, haciendo uso de la palabra, contando el trayecto por la vida en sus pormenores. Esta historia mil veces contada y escuchada, trasciende los hechos para buscar su lugar en el Otro, para poder descubrir la posibilidad de nuevos enlaces y nudos que permitan reestructurar el tejido subjetivo más allá de los discursos uniformes del sistema. Este trayecto no solo ha sido realizado por el sujeto en análisis, sino que es indispensable que lo haya realizado primero quien funge como analista.

El trabajo con los efectos de la violencia sexual se enfrenta a ese hiato que separa lo público y lo privado para anudarse en la forma de muy variados síntomas que, como soluciones de compromiso entre lo que se reprime y lo que surge, enlazan la verdad y el deseo en los espacios vitales. Este trabajo es realizado en la clínica de la escucha, principalmente por psicólogos de diversas corrientes terapéuticas y por psicoanalistas en sus diversos campos de atención profesional. Cada una de estas posiciones, la del psicólogo (a) y la del psicoanalista, tienen su propia historia y su propia perspectiva en el tratamiento, abordan las problemáticas sociales y particulares de los síntomas de un modo distinto que hablan en su ejercicio, de la diversidad de sus fundamentos, de los instrumentos utilizados y de sus objetivos terapéuticos con el paciente que sufre. Las diferencias están dadas principalmente por el modo de escuchar y por área psíquica atendida que conlleva diversas concepciones teóricas que orientan su práctica, cuya ética no deja de tener repercusiones en la vida de los sujetos que solicitan tratamiento.

Desde estas consideraciones, el trabajo de campo se ha visto ampliado, está por un lado el realizado con los pacientes y por otro, se retoman algunos relatos de trayectos profesionales, tomados de entrevistas que permitieron poner de manifiesto cómo se ponen en juego los efectos de la construcción subjetiva del psicoanalista y del psicólogo (a) que se supone, han trabajado previamente a sí mismos antes de atender el proceso subjetivo de otros. En estos relatos se abren nuevas formas de decir el recorrido y la experiencia con el tratamiento de la violencia sexual y los síntomas de la época actual.

a. Descripción de la situación

Los testimonios que se recogen en las entrevistas son en cierto sentido relatos autobiográficos que inician en el deseo de escuchar, son de profesionales que dan cuenta del inicio de su práctica y del recorrido de su experiencia, de su posición y de su limitación en sus respectivos alcances a lo largo de los años de ejercicio clínico, constituyen actos de transmisión cuyo sentido ético y político tiene diversas repercusiones, pues el material se centra en su ejercicio, no en el caso clínico en particular.

La selección de los y las entrevistadas pretendía abarcar psicólogos, psicólogas y psicoanalistas que trabajaran casos de violencia sexual, ya sea en la institución o en la consulta privada, con la finalidad de apreciar las diferencias y concordancias en el recorrido realizado para el ejercicio de su función, en la evolución de su posición subjetiva, en la apreciación de los desafíos de su ejercicio profesional y del tratamiento, así como en la dirección de cada proceso en la consecución de la cura y sus efectos, tanto para el sujeto atendido, como para el profesional que lo atendía.

Como era de esperarse, la primera diferencia saltó a la vista por sí sola, en las instituciones gubernamentales o no gubernamentales, el nombre mismo de la institución resalta el síntoma que se atiende, lo que hace que lleguen casos con el síntoma expuesto como principal motivo de consulta de manera clara y abierta. En la consulta privada en cambio, los casos de violencia sexual no eran del todo frecuentes y cuando se presentaban, no era la primera razón para la consulta, sino que éste hecho venía intercalado con otros eventos de la historia del sujeto.

Las entrevistas realizadas se transmiten de modo anónimo y, además de presentarlas íntegras (ver Anexo), se extraen de ellas los contenidos que sirven al desenredo de los discursos que, desde ambas posiciones, aportan algo de su saber hacer y los desafíos de su ejercicio ético. Aunque en todas ellas se ha seguido un hilo conductor, la espontaneidad del compartir ha enriquecido las narrativas y ha resaltado —como en el discurso de los analizantes— la singularidad de cada caso en sus contenidos.

Sin embargo, se trata de una mirada cualitativa, donde los aspectos a analizar tienen que ver con la subjetividad de los hablantes, por lo que en este análisis, no se pretende producir un resultado estadístico de acuerdo a la investigación positivista, sino retomar el valor de la palabra, de los relatos discursivos para extraer de ambos la conciencia de la posición particular en el ejercicio profesional, la apreciación de algunas carencias formativas y los retos de la interacción multidisciplinar invitan a ir más allá de las propias fronteras en el tratamiento de casos, donde la dimensión social permea los síntomas que trata, es decir, cuando el terapeuta y el psicoanalista se enfrentan a su propio recorrido en interacción con otros saberes y a la enseñanza que extraen de su propia experiencia clínica.

Las condiciones actuales y la incidencia política de la diversidad de discursos en torno a la salud mental hacen evidente el entretrejo de lo cultural y lo social, esfera pública que, en el caso de la violencia sexual, hace intervenir la dimensión de intimidad que se invade en la agresión y compromete la integridad. Después de un largo período de ejercicio clínico en México, la experiencia de transitar dos tipos de discursos y abordar ahora el contraste con la experiencia de otros psicólogos y psicoanalistas en España que han trabajado con la problemática de la violencia sexual como síntoma de la neurosis social, ha sido muy enriquecedora. Se ha constatado que la visión de la formación y la práctica son similares en ambos campos, sin embargo, los recorridos particulares han revelado luces y sombras que permiten mantener abiertas las preguntas sobre la formación, la posición en la escucha y la dirección de la cura de cada caso, entre otros desafíos profesionales y personales.

b. Tipos de entrevistados

La entrevista realizada a los psicólogos seleccionados, en su mayor parte, trabaja con la violencia sexual desde el ámbito institucional, sin embargo su localización y accesibilidad para ser entrevistados tuvo muchos obstáculos, en su mayoría debido a los tiempos institucionales, razón por la que solo tres psicólogas que trabajan específicamente en una institución que atiende la violencia sexual, accedieron a ser entrevistadas, los otros dos psicólogos tuvieron en el pasado experiencia institucional en la atención a estos casos, pero no en la actualidad, por lo que fueron entrevistados en sus despachos.

Según la información proporcionada por estas psicólogas, las políticas públicas en materia de salud mental se desarrollan en el área de psiquiatría de los hospitales y a través de organismos que, sin ser gubernamentales reciben apoyos de la Comunidad de Madrid para la atención psicoterapéutica de la violencia sexual y, solo dos instituciones trabajan específicamente con ella. El resto de las instituciones trabajan con otros aspectos de la violencia relacionados con la trata de personas, la violencia de género, la prostitución o aspectos que tienen que ver con los derechos del movimiento Lésbico, Gay, Transexual y Bisexual (LGTB) donde la violencia sexual se trabaja de manera colateral, como efecto de las problemáticas generadas en sus propios ámbitos y aun así, no han accedido a ser entrevistados.

El alcance terapéutico institucional de este tipo de estas problemáticas, es la readaptación al modelo social establecido, para facilitar su ubicación llevan el nombre del síntoma que pretenden aliviar y, debido a la cantidad de demandas que se reciben para su atención, requiere por lo general de la intervención de varias disciplinas, del trabajo en grupos y la limitación del tiempo en el tratamiento, lo que plantea desafíos a la interdisciplinariedad, pero con el riesgo de uniformar los discursos, perdiendo de vista la subjetividad, la diferencia y a singularidad de cada caso.

La entrevista realizada a los psicoanalistas se caracterizó por un trabajo previo en la institución y su continuación en la consulta privada. Pero en la consulta privada, la atención de este tipo de casos no traía expuestos de entrada, los síntomas generados por la violencia sexual, pues por lo general, no

constituían la principal razón para solicitar una consulta, sino que los eventos de esta naturaleza se presentaban entremezclados, como parte de las historias narradas y como un efecto de otros enlaces en el discurso de los analizantes. Es decir, si existían casos de abuso sexual o violación, se hablaba de ello conforme el sujeto entraba en el campo de la transferencia en análisis y sus asociaciones le llevaban a preguntarse por esos eventos, pues poner en palabras el dolor conlleva comprometer su posición en lo que se dice, lo que de algún modo habla –sin saberlo– de la implicación subjetiva respecto de los síntomas presentados, lo que no sucedía en la institución que de entrada, se hacía cargo de los síntomas.

c. Contenidos del discurso

Debido a que la experiencia es de orden subjetivo, los relatos no se sistematizan como un discurso normativo o argumentativo con elementos comunes que apelen a su legitimación y, aunque se ha intentado delimitar algunos criterios que posibiliten su desenredo comparativo, se ha privilegiado el discurso narrativo, tanto en el análisis del discurso desde la psicología como desde el psicoanálisis, se ha pretendido recuperar las memorias de trayectos que, siendo profesionales también son personales.

Por ello, con la escucha de estos testimonios no se intenta establecer el entramado de su enunciado respecto de los datos objetivos concernientes a las características de los tratamientos y las metodologías empleadas, ya que se han abordado en los primeros capítulos y se confirman una vez más en el decir de los entrevistadas y entrevistados. En los cuadros que se presentan, se sintetizan datos concretos y objetivos sobre la formación, la experiencia clínica, los espacios de ejercicio profesional y los desafíos que presenta el trabajo con la violencia sexual, pero hay contenidos de las entrevistas que remiten solo al caso por caso, y que no se analizarán aquí.

Se privilegia la enunciación, cuyos aspectos subjetivos revelan, tanto la implicación personal en los procesos formativos previos, como la evolución en su práctica, tanto en el ámbito público como en el privado y el final de cada tratamiento, aspectos que entretejen la experiencia profesional con fragmentos de historias de vida personal que tienen relación con su deseo y que se influyen mutuamente en el recorrido.

Entrevistas a Psicólogas (os)

No. Entrevista	Formación y años de experiencia	Eje teórico	Tipo de casos y ámbito de atención	Desafíos
# 1	<p><u>Formación teórica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Universidad Complutense de Madrid. Grado en Psicología, Máster en Psicología Clínica y de la Salud, - Máster en Violencia de Género, Máster en Psicología Forense y - Doctorado en Psicología Clínica, Legal y Forense. 12 años de experiencia. <p><u>Terapia personal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - No obligatoria, solo si siente necesitarla. <p><u>Supervisión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A nivel de equipo, con otras psicólogas 	<ul style="list-style-type: none"> - No es un solo eje, sino la combinación de varios de ellos. - Inició con la base cognitivo conductual de la carrera de psicología. - Continuó con Gestalt.- - Añade ahora añade las herramientas que considera útiles, algunos cursos son de orientación psicoanalítica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención a pacientes con anorexia: año y medio. - Atención a la violencia sexual, 10 años de experiencia en una institución (CAVAS) no gubernamental. - Atención a mujeres adultas pero principalmente a niños y niñas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar a formación. - El equipo interdisciplinario. - Manejo de agendas en la atención a los pacientes. - El cuidado para profesionales, no tanto el trabajo nivel de terapia, sino las condiciones, que son muy duras de aguantar, como trabajadoras estamos muy poco cuidadas. - Cuidar el ambiente de trabajo.
# 2	<p><u>Formación teórica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Universidad Complutense de Madrid. Grado en Psicología, - Máster en Psicología Forense en Brighton, Gran Bretaña. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicología Cognitivo Conductual, luego humanística y racional emotiva en el análisis de sentimientos asociados y análisis comportamental sobre las respuestas de temor y ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención a niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual. - Institución no gubernamental pero subvencionada por la Comunidad de Madrid (CIASI) 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos para el cuidado de los terapeutas. -

No. Entrevista	Formación y años de experiencia	Eje teórico	Tipo de casos y ámbito de atención	Desafíos
# 2	<u>Terapia personal:</u> - Ni se les exigen y se les facilita. - A nivel de equipo hacen terapia de grupo cuando se requiere. <u>Supervisión:</u> Solo entre ellos como equipo cuando es necesario.	- Cada psicólogo del centro sigue el eje que le resulta más cómodo. - No se exige ningún tipo de actualización a los psicólogos.	- Sin modelo específico de atención, pero protocolario, se enfoca en la objetividad de los hechos traumáticos. - Escaso material de apoyo.	- Recursos para la supervisión y la formación continua.
# 3	<u>Formación teórica:</u> - Universidad Autónoma de Madrid. Grado en Psicología, - Máster en Biofeedback. <u>Terapia personal:</u> - No, con su padre que es psicólogo. - Había en CIASI, algunas veces terapia grupal entre los psicólogos. <u>Supervisión:</u> - Con mis padres y con mi esposa que es psicóloga también.	- Eje cognitivo conductual - Biofeedback, con el tema de la ansiedad, de relajación. - Atención psicopedagógica	- Trabajó año y medio en CIASI (Centro Integral de Abuso Sexual Infantil), con niños y adolescentes rango de los 2 a los 16 años. - Sin modelo específico, pero protocolario sobre la objetividad de los abusos. - Solo se trabajaba con víctimas, no con abusadores.	- Mayor formación para los psicólogos en especial para cada especialidad elegida. - Atención a los abusadores desde el punto de vista psicológico no psiquiátrico.

No. Entrevista	Formación y años de experiencia	Eje teórico	Tipo de casos y ámbito de atención	Desafíos
# 4	<u>Formación teórica:</u> - Universidad Complutense de Madrid. Grado en Psicología, - Asociación Psicoanalítica de Madrid. <u>Terapia personal:</u> - Análisis personal. <u>Supervisión:</u> Cuando es necesario.	- Psicoanálisis, escuela americana. - Cierta línea kleiniana ya no ortodoxa, heterodoxa, pero de esa línea, Ferenczi, Winnicott, Maud Manoni. Psicoanálisis social.	- Trabajo en el IMSERSO, organismo de servicios sociales a nivel nacional, casos de abuso con deficiencia mental, discapacitados. - Psicoterapia de grupo desde un punto de vista psicoanalítico. - Psicoanálisis relacional, clínica de la neurosis, psicosis y trastornos borderline.	- El trabajo interdisciplinar - La atención institucional de la salud mental.
# 5	<u>Formación teórica:</u> - Universidad Complutense de Madrid. Grado en Psicología, - Con psicoanalistas argentinos. Antonio Caparrós, Emilio Rodrigué, Eduardo Pavlovsky, Hernán Keselman. Marie Langer, León Felipe. <u>Terapia personal:</u> - No lo menciona, o evita al hablar de su formación. <u>Supervisión:</u> - No lo menciona, o evita al hablar de su formación.	- Psicoanálisis relacional, psicología del self contemporánea post-kohutiana y la teoría de los sistemas intersubjetivos. - Psicoterapia de grupo de base psicoanalítica. - En ocasiones un abordaje multidisciplinar y de multienfoque.	- Consulta privada, todo tipo de casos. - Con diversas formas de violencia, en consulta privada, no institucional.	No alcanza a mencionar desafíos actuales.

Entrevistas a Psicoanalistas

No. Entrevista	Formación y años de experiencia	Eje teórico	Tipo de casos y ámbito de atención	Desafíos
# 6	<p><u>Formación teórica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Universidad de Guadalajara, - Posgrado en Psicología Clínica. - Diplomado de intervención en parejas con orientación sistémica. - Formación como psicoanalista. - Doctorado en Filosofía <p><u>Análisis personal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Primer análisis, muchos años en Guadalajara, México. - Segundo análisis en Madrid. <p><u>Supervisión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - En Guadalajara y en Madrid. 	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre fue psicoanalítica, especialmente en el eje Freud-Lacan. - Convergencia del psicoanálisis con la filosofía. - Psicoanálisis en diálogo con otras disciplinas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ámbito educativo, educación especial. - Ámbito institucional con casos de deficiencia mental y terapia familiar. - Consulta privada, todo tipo de casos, individual y pareja, incluyendo algunos de violencia sexual. 	No alcanza a mencionar desafíos actuales.
# 7	<p><u>Formación teórica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grado: Medicina. - Especialidad: Psiquiatría - Formación psicoanalítica. <p><u>Análisis personal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos análisis, inicia desde su práctica psiquiátrica y otro hace algunos años. <p><u>Supervisión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desde su formación psiquiátrica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigó primero en la orientación Kleiniana, Bion, Winnicott, con Bleichmar. - No había escuelas de psicoanálisis, se formó con psicoanalistas lacanianos, es decir, en el eje Freud-Lacan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ámbito institucional, en hospitales psiquiátricos, psicosis. - Consulta privada, todo tipo de casos, individual y pareja, incluyendo algunos de violencia sexual. 	- El trabajo interdisciplinar en el ámbito institucional.

No. Entrevista	Formación y años de experiencia	Eje teórico	Tipo de casos y ámbito de atención	Desafíos
# 8	<u>Formación teórica:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Grado en Educación, en Argentina. - Formación psicoanalítica en Madrid. <u>Análisis personal:</u> <ul style="list-style-type: none"> - El 1º en Argentina - El 2º en Madrid <u>Supervisión:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Durante todo el proceso de formación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre fue psicoanalítica, especialmente en el eje Freud-Lacan: autores iniciales en conexión con la educación: Maud Mannoni, Francois Doltó. - No había escuelas de psicoanálisis, se formó con psicoanalistas lacanianos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ámbito institucional, consultorias educativas, centros de salud. - Consulta privada, todo tipo de casos, individual. 	<ul style="list-style-type: none"> - No se plantea na cuestión de renovación del psicoanálisis, sino una continua investigación colaborativa. - El trabajo interdisciplinar en el ámbito institucional.
# 9	<u>Formación teórica:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Grado en Psicología en Uruguay - Máster - Doctorado en Filosofía <u>Análisis personal:</u> <ul style="list-style-type: none"> - El 1º a los doce años - El 2º a los 20 años <u>Supervisión:</u> <ul style="list-style-type: none"> - De manera continua por mucho tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empezó por el estudio de muchos ejes teóricos: Cognitivo, Gestalt, Junguiana, Existencial - Convergencia del psicoanálisis con la filosofía. - Se enfocó luego en el eje Freud-Lacan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ámbito institucional, sanitario y universitario. - Consulta privada, todo tipo de casos, individual. 	<ul style="list-style-type: none"> - El trabajo psicoanalítico con la psicosis. - La apertura de psicoanálisis a la epistemología de fronteras.

En la investigación de estos discursos, ha importado resaltar varias cuestiones, entre ellas, el contenido de la información, que de alguna manera clarifica los recorridos individuales, pero sobre todo a quién va dirigida. Es sabido que los terapeutas y sobre todo los psicoanalistas, —debido a las recomendaciones realizadas por Freud⁴⁴⁰—, no han de hablar de sí mismos con los pacientes en los procesos que conducen, por lo que su discurso —a fin de compartir el trayecto de su experiencia—, va dirigido a otros profesionales, y no precisamente para hablar de cuestiones teóricas, académicas, o clínicas, sino del trayecto personal en la consolidación como profesionales de la escucha, por lo que, los puntos que se tocan en esta transmisión están teñidos de la subjetividad que sobresale en la consideración de los temas objetivos en relación a la profesión en sí misma. Los fragmentos textuales son tomados de las entrevistas, que se encuentran transcritas en el Anexo, y para facilitar su lectura se pone su referencia al final de cada párrafo a fin de señalar su ubicación correspondiente.

En estas conversaciones nos enfrentamos a modos singulares de narrar la experiencia y pasan por el sentido ético de la transmisión, pues se trata del proceso en el que se dio la construcción de un saber sobre las diversas modalidades de subjetivación. Y para ello, es necesario entrar en el laberinto del recuerdo para reconstruir, para compartir un aprendizaje adquirido en la experiencia clínica y continuar siempre abiertos a las posibilidades de mejora en el camino que queda por transitar.

A continuación se plantean los puntos sobre los que han girado las conversaciones que, aunque son comunes y siguen el hilo conductor de su desarrollo profesional, se ha dado de modo fluido y sin una estructura rígida, por lo que no todos hablan de los mismos puntos, dejando a cada uno la posibilidad de retomar su propio recorrido libremente. Para facilitar la lectura, se ha dividido su exposición en torno a los siguientes puntos: a) los orígenes, donde se abordan motivaciones para la elección de la profesión de psicólogo o psicoanalista; b) los aspectos formativos; c) el abordaje de la sintomatología; d) la duración de los tratamientos; e) el lugar en la cura; f) los modos de producción; g) el proceso de cambio, y h) el trabajo en la institución.

⁴⁴⁰ Cfr. Freud, S. (1912) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *Op. Cit.*, Vol. XII

c.1. Los orígenes.

Retomar la experiencia profesional pasa por los orígenes, por las razones del ser en la *profesión de la escucha*, en cuyo proceso entran motivaciones personales fundamentadas en ciertas identificaciones y ciertos ideales que se han ido construyendo desde una primera mirada, tanto a las preferencias personales, como de las circunstancias sociales que ofrecen el campo para potenciar las habilidades y apostar a que algo cambie en el mundo:

“...pues yo lo tenía claro desde que era adolescente, la verdad es que siempre lo tuve claro, no te sabría decir muy bien porqué, pero quería aportar algo, había cosas que no me gustaban y como adolescente, en ese momento en que tienes tus ideales y tus cosas, pues quería aportar algo y me encontré con personas que me dieron un poco esta idea por el campo de la psicología. Por mi perfil, entiendo que me verían que me iba bien y en realidad es que siempre lo he tenido tan claro, que la verdad, no me lo he preguntado, siempre he tenido muy claro que he querido ser psicóloga y fue así, de hecho, cuando había que elegir la carrera puse en las tres opciones psicología en la Complutense o sea que me dije “es mi camino, me tienen que coger”. Y así fue menos mal.” (Entrevista 1, p. 491)

Pero por lo general, en los y las entrevistadas las razones no son “objetivas”, nunca son del todo claras, pasan también por un deseo de saber dónde se pone en juego la subjetividad de la persona, por una identificación con el punto de vista o herencia emocional de algún familiar importante:

“me metí en psicología y yo creo también que un poco por vocación, como que siempre, mi madre me decía que tenía yo algo con las personas, quería estar algo con gente, hablar con ellos desde pequeño, y creo que ha sido un como una carrera vocacional” (Entrevista 3, p. 535)

No tengo una noción clara, es como un proceso que se produjo en mí, pero más como inconsciente, es decir, no que en un momento dado me pusiese a pensar “quiero ser médico” sino que algo me empujó hacia ese camino... Pero a diferencia de la elección de la especialidad de psiquiatría, que eso yo sí que tengo la sensación de que en un momento dado me paré a pensar que especialidad quería a través de la medicina. Pero con respecto a la elección carrera de medicina fue algo más insensible, más inconsciente... luego inicié esa aventura de la psiquiatría cuyas motivaciones profundas tampoco las tengo claras (Entrevista 7, p.586 y 588)

En las motivaciones para la elección de una profesión, los motivos pueden ser “muy objetivos” en relación a las capacidades de la persona, a una elección comandada por fuentes de empleo o la acumulación de recursos económicos, otras veces, en relación a víctimas de agresiones sexuales, se dice que se ha llegado por azar, sin embargo, en esta profesión de la escucha, por lo general, los motivos son más subjetivos, tienen que ver con los propios ideales, identificaciones a lo largo de la propia historia en la que se ha gestado el deseo, tanto para estudiar psicología como para continuar la formación por el lado del psicoanálisis:

Bueno, el interés por el psicoanálisis, fue conocerlo durante el bachillerato y al llegar a la primera clase en la Facultad de Psicología, ya me enteré, ya me dijeron, lo primero que presentaron fue que allí, eso es lo que no iba a haber... si alguien ha venido aquí a estudiar psicoanálisis se ha equivocado de sitio. Desde la primera clase, lo que pasa es que uno es muy cabezón. (Entrevista 4, p. 548)

...la elección es un poco de algo familiar, pero también cogiendo cosas de mi madre y de mi padre, la elección no es la elección de una carrera, de un conocimiento, de un saber, sino como algo de valores familiares, como relacionarse con los demás, pues sí yo tengo la sensación de una elección vocacional, pero no por tradición familiar, sino por recoger determinados valores familiares que en un momento dado inconscientemente es lo que me llevan a decidir... (Entrevista 7, p. 597)

En los relatos biográficos se entretajan siempre diversos modos de transmisión de un saber sobre la vida que van generando en cada sujeto una posición de apertura o de rechazo en quien recibe, posición que emerge casi sin querer, se escabulle de la conciencia, pero hace surgir una perspectiva, una convicción que siembra la pregunta por un deseo que sale a flote si se le escucha.

...el primer libro que leí sobre psicoanálisis curiosamente fue “La Interpretación de los sueños” que me regaló mi madre. Yo quería ser trabajadora social y a ella le apareció que pasaba por otro lado ¿no?, que tenía que ver con ayudar al otro, pero entendía que quizá desde la psicología me iba a aportar más cosas, porque me veía con más inquietudes y pensaba que me iba a quedar corto el trabajo social, y no se equivocó... mi madre era una mujer, no con muchos estudios porque no podía, pero era una mujer que leía y que sabía más que yo, y le hice caso. (Entrevista 6, p. 575)

Una profesión común conlleva responsabilidades que son comunes y que tienden a agruparse para formar una comunidad, en este caso, la comunidad de las psicólogas y psicólogos que ejercen en distintos campos. Sin embargo, en relación a la psicología clínica, la diversidad de orientaciones clínicas habla de los distintos matices del deseo, pues existe tal diversidad de corrientes terapéuticas que la profesión se ramifica y aglutina en torno a cada una de ellas. Del mismo modo, luego de estudiar psicología, en el caso de los y las entrevistadas psicoanalistas, la motivación para estudiar psicoanálisis es también un matiz particular, igual que ante las primeras motivaciones por el estudio de la psicología, siempre interviene de algún modo a identificación o el deseo del Otro:

Cuando me regaló “La interpretación los sueños”, es que no pude parar de leerlo y no pude parar, y no pude parar, y ahí yo supe, no solo que quería ser psicóloga, sino que quería ser psicoanalista. Estudié la carrera de psicología, desde el principio me vinculé en lo que tenía que ver con el psicoanálisis, hice mi propio análisis y buscaba a profesores que tenían un discurso más psicoanalítico y ahí empezó. Mi interés por el psicoanálisis porque pensé que los sueños eran importantes. (Entrevista 6, p. 575)

De alguna manera, todas las elecciones importantes se gestan durante el anudamiento de diversas experiencias en la vida, es decir que tienen que ver con la propia historia:

Como todas las cosas se enganchan con la historia, es una historia propia, una historia vivida. Cuando yo era niña, mi madre tenía una amiga que era neuróloga y estaba en la Asociación Psicoanalítica, la que pertenece a la internacional. Entonces ella siempre estaba con un tomo de Freud debajo del brazo, veía a menudo a mi madre, venía a mi casa con tomos de Freud y lo recuerdo bien, verdes de Amorrortu y hablaba siempre, estaba muy entusiasmada y escuchaba las conversaciones, yo tenía 7 u 8 años tal vez, sabía que había algo interesante y además ella me gustaba mucho, como siempre, todo empieza como una cuestión transferencial. Me parecía importante, la admiraba mucho y no entendía bien, pero sabía que había algo importante e interesante.

Luego supe que Freud hablaba de sueños y bueno yo soñaba mucho, y me parecía que iba a encontrar algún saber para explicar las cosas que me pasaban y, pues nunca dudé relación a que allí, en el psicoanálisis se planteaba el núcleo

de algo realmente importante en lo que concierne al ser humano. (Entrevista 9, p.616)

Situaciones donde se cruza la opinión de los padres y de otras personas importantes para cada uno, así como sus gestos como provenientes del Otro y las identificaciones que, aunque muchas veces sean parte de la gestación personal de ciertos ideales, son una cuestión que va de inconsciente a inconsciente, esta pregunta por del deseo del Otro, cuyo rodeo va configurando el deseo del sujeto.

En otras veces tiene que ver con la insuficiencia del alcance que podía tener la rama profesional elegida, en este caso, el campo educativo, donde las herramientas adquiridas y el tiempo en el acompañamiento en la formación de los niños no son suficientes para abordar la subjetividad que subyace en las problemáticas que emergen en ese campo profesional:

Entonces a la hora de poner a jugar los recursos que da la educación, algunas cosas se podían abordar y otras escapaban cuando algo sucedía y que tenía que ver con el núcleo familiar. Entonces, según me fui haciendo con las herramientas –que a través del psicoanálisis me interesaba más– para abordar problemáticas por celos o agresividad con niños por ejemplo... los niños que muerden los niños que pegan... los niños que tienen inhibiciones y muchas veces pasan desapercibidas... los niños que son silenciosos, tranquilos, que hacen todo bien... ahora puedo decir, un niño inhibido en su actuación, en la relación con nosotros, al hablar, de autorizarse como sujeto, eso me hacía preguntas... esa condición del niño pasaba desapercibida, no lo registraban como problema porque claro, los niños revoltosos generan problemas, pero no dejan cerrar el programa o cumplir los objetivos. Bueno ese tipo de cuestiones me llevaron a avanzar en un tránsito de la educación al psicoanálisis. Cuando decidí formarme como psicoanalista. (Entrevista 8, p. 606-607)

Estos relatos se articulan a raíz de los elementos que tienen en común, como una muestra de *universalidad* en los procesos de elección de una carrera o más bien un oficio que comande la vida y, sin embargo, mantenga para cada persona el tinte particular donde su *singularidad* se pone en juego. Y en este sentido se forma la agrupación de singularidades que constituyen la comunidad de los profesionales de la escucha.

c.2. Los aspectos formativos.

Estos profesionales emprenden un largo camino antes de llegar a serlo y en ninguna vuelta atrás se retorna al mismo punto, pues cada paso es un aprendizaje, una experiencia que provoca un movimiento subjetivo, pero retomar el recuerdo se hace en función de no olvidar esos aprendizajes y transmitirlos para que lo sean también para otros. Por ello, los *aspectos formativos* de los psicólogos, las psicólogas y los psicoanalistas españoles entrevistados, con previa formación en psicología, hablan del contexto social que les tocó vivir en su formación, lo que hacía más evidente la fuerza de su deseo en relación a la formación como psicólogos.

Tampoco había muchas alternativas en aquellos momentos, entre otras cosas, existían dos Facultades de Psicología, que yo sepa, las dos además en Madrid, la Autónoma y la Complutense, y no existían más Facultades de Psicología en toda España, porque como estudios independientes, pues llevaban muy poco tiempo... tampoco tenía muy claro que lo fuera a terminar. Era una época de crisis económica y yo me puse a estudiar, porque no tenía mucha perspectiva hacer otra cosa, no había trabajo, para estar sin hacer nada, pues mientras se aprovechaba y estudiaba. (Entrevista 4, p. 548)

Era un período en el que no había mucha formación en el campo de la psicología, que la carrera de psicólogo no era reconocida ni integrada al campo oficial de la salud mental, la formación era incipiente, se formaban más en los campos educativos y de recursos humanos, por lo que, en aspectos clínicos había que buscarse los medios para especializarse hasta que se reconoció y diferenció entre a psicología clínica y sanitaria, todos coinciden en que las bases del grado de Psicología son insuficientes para las problemáticas que se enfrentan:

“En mi época, un grado de 5 años, la especialización eran las optativas que tú elegías en quinto, lo he hacías del Prácticum y luego si te querías especializar lo hacías en la rama privada... sólo nos forman un poco hacia el enfoque cognitivo conductual, te enseñan mucho neurociencia, psicofarmacología y enfocan todo un poco cómo en lo cognitivo conductual... ni se hace psicoterapia, te han dado teoría solamente... En la carrera de Psicología se metía gente de todo tipo, gente que no estaba bien, con sus propios problemas familiares, y ningún profesor de la carrera, ninguno, nos enseñó que teníamos que tener nuestro propio proceso y eso me parece fundamental, pero en la carrera en la universidad, ni siquiera en los Masters

tú no sales preparado, ni te has psicoanalizado, ni se hace psicoterapia, te han dado teoría solamente... te enseñan pues eso, inteligencia, personalidad, psicoanálisis, como teoría, te la pasas así cinco años y sales así, sin ninguna preparación psicoterapéutica.”. (Entrevista 3, p. 534, 536)

En todos los casos se enfatiza la importancia de seguirse formando, la carrera de psicología ha sido el inicio y las especializaciones han venido después con las orientaciones particulares de los intereses de cada entrevistado: “pues mi proceso de formación es largo, creo que uno tiene que estar muy formada, en esto no se puede parar de formar.”⁴⁴¹ Más aún dentro del campo de la violencia, donde el trabajo interdisciplinar exige conocimiento sobre los criterios de otras disciplinas que intervienen, es una interacción continua con otros saberes, un reto a la aceptación y la tolerancia de otros puntos de vista respecto del mismo caso y una apertura al diálogo constante. En el caso del tratamiento de la violencia sexual, exige no sólo un conocimiento de los procesos legales, sino una preparación subjetiva para enfrentarlos junto a los pacientes atendidos:

Una cosa es hacer terapia y otra es tener que ir a juicio, haber hecho un informe para determinar que ese niño es abusador y a lo mejor que le quiten la custodia a la madre, todo ese proceso era durísimo, que no tiene que hacer un psicólogo creo yo, y si lo hace, lo tiene que hacer preparado, haber tenido una preparación sobre peritaje con una frialdad de llevar un proceso judicial... yo de Derecho no sabía nada, no sabía las penas, por ejemplo, para un abusador, tampoco en la carrera te enseñan nada de eso. (Entrevista 3, p.537)

La formación profesional de grado es lo suficientemente básica para entender los contenidos de la propia disciplina, en ocasiones sin saberlos utilizar de todo. Es generalmente en los másteres donde este saber se amplía hacia el campo de acción y se despliega el saber hacer con ellos.

En el campo del psicoanálisis, su ejercicio no necesariamente deriva de una formación proveniente de la psicología, sino que puede advenirse desde diferentes oficios previos, lo que coloca al psicoanalista desde un inicio, abierto a la posición de otros saberes y al diálogo con lo que pueden aportar al

⁴⁴¹ Cfr. Entrevista 1, p. 491

entendimiento de su objeto de estudio, como bien defendió Freud durante el desarrollo del psicoanálisis en el ejercicio analítico de los no médicos⁴⁴².

...con respeto a mi formación yo soy médico y luego hice la especialidad de psiquiatría. Es decir que la llegada al psicoanálisis es por esta vía. Entonces tendría que decir primero porqué elegí el camino de la medicina, luego por qué el de la psiquiatría y luego porqué intenté ir más allá de la psiquiatría, hacia el campo del psicoanálisis. Bueno, lo de la medicina, yo creo que es una carrera muy vocacional, que en mi familia ha habido médicos... probablemente la medicina que siempre se ha considerado una carrera muy humanista, pues tenga que ver con la realidad más real de los seres humanos, que es con la vida y con la muerte ¿no? Bueno pues a mí, me atrajo esa dimensión de la medicina que tiene que ver con el saber, con el cuerpo, con las enfermedades, con los sufrimientos, con lo que tiene que ver con el núcleo y la esencia de la vida de las personas. (Entrevista 7, p.586)

Sin embargo, se enfatiza la formación teórica continua y el análisis personal. Estos requisitos no se exigen en la carrera de psicología en general, pero sí en algunas especialidades terapéuticas, debido que es realmente donde se juega la aplicación teórica y se acuña el saber que emerge desde la experiencia. En la formación como psicoanalista, el análisis personal es requisito indispensable, proceso que se ha teñido de un cierto enigma de dicha experiencia, que puede llegar a idealizarse por su singularidad.

A mí me parece que es inevitable tener que dar cuenta de un saber para colocarse en esos espacios... para trabajar en una institución como en el campo de la psicometría, pues sí hay que ser psicólogo, como para ser profesor, hay que ser profesor, es decir que en las instituciones no hay psicoanalistas como tal, los psicoanalistas se forman en otro lado... (Entrevista 6, p. 577)

Por otro lado, la tendencia a la institucionalización se fue gestando a raíz de la necesidad de definir quiénes estaban lo suficientemente formados para ejercer el psicoanálisis y hasta la fecha, continua provocando cierto malestar dentro del movimiento psicoanalítico, cuyas tensiones se han hecho ver a lo largo de su historia y aún ahora le plantean interrogantes al ofrecimiento de una formación estándar:

⁴⁴² Cfr. Freud, S (1926) ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial, *Op. Cit.* T.XX

“...en aquellos momentos no existía una formación reglada, salvo la que daba la Asociación Psicoanalítica de Madrid, en ese tiempo, habría el sistema clásico de algún didacta autorizado y acudir a sus cursos, algo que me resultaba prohibitivo y no estaba a mi alcance, así que yo, a la hora de elegir analista, no anduve fijándome si era reconocido, de alguna asociación, bueno yo tuve más o menos claro que elegiría como analista alguien que me gustara, con quién pudiera congeniar, porque entre otras cosas, mi interés y mi demanda venía más, no tanto desde la idealización de hacer una carrera de analista, sino yo estaba acá trabajando como psicólogo, estaba en una clínica y entendía que mi formación era como psicólogo clínico, necesitaba analizarme, entre otras cosas, para no enloquecer uno mismo, ya que estaba trabajando con ese volumen de pacientes brutal. (Entrevista 4, p. 540)

La conducción de procesos analíticos tiene su peso y pone en tensión el costo simbólico de su función. Desde el eje teórico Freud-Lacan, en la formación de los psicoanalistas, se cuestiona la modalidad reglada que tiende a establecer un saber constituido por los riesgos que constituyen el cierre de inconsciente y a emergencia de su saber como su objeto de estudio del psicoanálisis mismo, razón por la que su institucionalización se considera un síntoma necesario en la historia del psicoanálisis, ya que el cuestionamiento de sus criterios y normas abren el camino de las preguntas y la apertura a nuevas dimensiones de la construcción del conocimiento en la clínica.

Por ello, aunque la formación dependa más del deseo que de las normas de una institución, siempre es necesario dar cuenta de algún modo, del arribo a la posición de analista y el ejercicio ético de esta función. Estas normas institucionales existen en las diversas escuelas de psicoanálisis, ofrecen hacia adentro, la pertenencia a una comunidad de analistas con una orientación específica y, hacia afuera, una legitimación de lo que forma y hace un psicoanalista.

...al final es el trabajo el que te hace analista y las lecturas que realizas, formarse va más allá de lo que tiene que ver con el programa de una carrera, me parece que formarse tiene que ver con el deseo, hay mucho de autodidacta en psicoanálisis, sabemos que es así, en formación continua, continuamente volviendo a los mismos casos, una y otra vez, una y otra vez.

Lo que sí es verdad es que la formación cuando la hice en México, la formación como psicoanalista es una formación, por lo menos en el tiempo en que yo lo hice, menos institucional ahora se ha institucionalizado bastante, yo cuando estudiaba era muy a la manera de los miércoles de Freud en Viena, es que aunque se escuche pretencioso, había como unas ganas de leer de esa manera, con amigos interesados en el psicoanálisis, de leer a Freud con una persona que fuera un referente, con más experiencia, con más lectura, con más formación...

... sostener la posición de psicoanalista y eso sigue siendo así por supuesto, empieza con el propio análisis, hacer el propio psicoanálisis, formarte como tal, hacer supervisión siempre con un referente de peso en este ámbito, esto pasaba por ahí, yo me formé así, sin embargo ahora, la filiación a una escuela determinada donde se dé cuenta del recorrido que estás haciendo, hacer determinados seminarios, y que los cumplas y que te den una certificación, eso ahora está funcionando de esta manera. (Entrevista 6, p.576-577)

Pero en realidad, son los analizantes los que hacen al psicoanalista, pues en la experiencia clínica, lo que se intenta resaltar es otro tipo de escucha y el mantenimiento de una posición que parten de haberse analizado:

Y los pacientes se van manteniendo por eso te digo que los pacientes te hacen analista, porque ellos se mantienen en el trabajo, cuando vuelven, cuando hay una continuidad y luego vas teniendo uno y otro, y otro, claro te vas dando cuenta de que vas teniendo en la oportunidad que un encuentro con una diversidad de personas y discursos que te van haciendo y la experiencia aquí es fundamental, vas escuchando, vas aprendiendo a escuchar, no sé, es difícil de explicar... (Entrevista 6 p. 581)

De modo que no son las certezas sobre un saber, sino las preguntas las que mantienen la posición del analista frente a la clínica, que no intenta obturar o taponar con más conocimiento un saber específico, —como es común en la atención institucional y su atención a los casos de violencia sexual—, sino que manteniendo la actitud de pregunta constante, pueda enriquecerse la labor clínica ante este tipo de casos. Esto no quiere decir que no exista un fundamento teórico al cual remitir la propia función, existe, y tanto Freud como Lacan se preocuparon mucho por esta dimensión de la formación del analista, pero es en la apertura, que se gesta la posición ética respecto del deseo que emerge del saber inconsciente a través del discurso del analizante.

A lo largo de la historia del psicoanálisis, el surgimiento de diversas posturas teóricas fue marcando la diferencia en los enfoques que orientan en la actualidad, las prácticas clínicas de los entrevistados.

Recuerdo que todavía en Madrid había mucho psicoanalista argentino, de los que se habían venido exiliados por la dictadura, pero todavía no eran lacanianos mayoritariamente, por lo menos con los que tuve yo contacto, era gente que venía de temas de grupos, Pawlowski, Kesselman, un poco todo gente con implicación social y que claramente venían de una formación más del pensamiento que Kleiniano, que se ve que la cosa ya estaba en esos momentos de transformación. En ese momento no era consciente, pero a mí me llegó mucho una cierta línea de pensamiento kleiniana ya no ortodoxa, heterodoxa, pero de esa línea... Estamos hablando años, a finales de los 80 hasta mitad de los 90, por ahí. (Entrevista 4, p.550)

En general, las teorizaciones sobre las instituciones provienen de los conocimientos sobre fenómenos y procesos grupales y, ciertamente, no es lo mismo aplicar el saber del psicoanálisis a la dinámica de los grupos que intentar psicoanalizar en grupo. Freud habló del movimiento social, del origen del malestar y la dinámica de las masas, pero nunca habló de la posibilidad de psicoanalizar en grupo y, a pesar de los procesos transferenciales que ahí se cruzan, no ha impedido que otros psicoanalistas posteriores, sobre todo en la escuela kleiniana, sí lo intentaran y aportaran sus puntos de vista al respecto⁴⁴³.

...mi posición ha ido evolucionando, en un principio estaba en esa posición grupalista y de lo que podíamos llamar los planteamientos de la izquierda freudiana en parte convergente de la crítica al pensamiento psicoanalista convencional que viene de la escuela de Frankfurt y por otra parte, del punto de vista de los discípulos de Pichon Riviere, más o menos hacia finales de los 80 empiezo a interesarme profundamente por la obra de Winnicott y también por la obra de Ferenczi que en ese momento empieza a republicarse y a tener de nuevo una presencia significativa, y a partir de mediados de los 90 en adelante estoy más conexo a los planteamientos que hoy en día se conocen como psicoanálisis relacional... (Entrevista 5, p. 568)

⁴⁴³ Utrilla, M. (1998) ¿Son posibles las terapias en las instituciones? Estudio situacional. Madrid: Biblioteca Nueva, p. 141.

Independientemente de la escuela como institución, desde el psicoanálisis como lo ha leído y elaborado Lacan después de Freud, ser psicoanalista no pasa por ese tipo de aprobación, aunque eso tenga utilidad para compartir con pares la clínica y el saber que genera, es más una cuestión que pasa por el propio análisis, una cuestión de autorización personal que no se da de una vez para siempre, sino que se va actualizando conforme la experiencia afianza a posición en la escucha.

Ser psicoanalista, que es autorizarse de sí misma, todo eso qué tiene que ver con la propia de autorización, siempre está en un proceso, no se actualiza uno de una vez para siempre y yo creo que está bien, porque la experiencia y la práctica te dan mucha confianza y a veces hay que recordar ¿no? Que esto es muy serio, que hay que volver a un texto, algún caso que se te complica mucho y hay que retomar la supervisión ¿no?... yo creo que me estoy actualizando conforme me estoy sintiendo autorizada por los pacientes, es la sensación que yo tengo, porque luego con respecto a las intervenciones, al trabajo que haces, es por los efectos, los efectos que tiene en el paciente. (Entrevista 6, p. 582)

Por tanto, la formación psicoanalítica transmite a otras profesiones de la escucha, la necesidad de hacer el propio trayecto subjetivo y constatar el saber del inconsciente que emerge en la transferencia y que guiará la escucha de otros procesos. Esto hace necesario en los inicios del ejercicio, la supervisión casos con analistas más experimentados, como un acompañamiento en el enigma de lo que se escucha y en la resolución de las complicaciones que las vicisitudes de la transferencia trae en cada caso, además de incorporar la necesaria información teórica que promueva su continuo enriquecimiento y su reconstrucción.

Por ello, se plantea la propuesta de su trípode formativo —análisis, formación teórica y supervisión—, como parte del ejercicio ético en la función de acompañar en la escucha, la gestación del sujeto en la articulación de su deseo en la palabra. Es sobre todo una cuestión ética frente al compromiso con la subjetividad. Los requisitos institucionales que sirven —entre otras cosas— para reconocer un oficio y darle un lugar social, pasar por el deseo del Otro social, permiten la nominación de esos lugares simbólicos por donde transita la cuestión subjetiva que involucra al psicoanalista en lo que hace.

c.3. El abordaje de la sintomatología.

La formación teórica es generalmente, un mapa de ruta, incide en la manera de abordar los síntomas y, en este caso, el planteamiento de la *sintomatología* se mira –como hemos visto en los primeros capítulos–, desde diferentes perspectivas. Las diversas modalidades de la violencia sexual hacen necesaria su distinción para la diferenciación sintomática que se presenta en cada caso, pues no emergen los mismos síntomas en los casos de abuso sexual, que en los casos de violación o de incesto.

Los síntomas son formaciones de compromiso muy subjetivas y, aunque tengan aspectos comunes en los casos de abuso sexual y en los casos de violación o de incesto, mantienen la singularidad de su expresión y manifestación. Entre lo común, los derivados de un abuso sexual en la infancia, incluyen muchas veces, las depresiones, causas poco claras o quejas difusas y en ocasiones síntomas disociativos, trastornos tipo border o de personalidad, con los que es más difícil trabajar en el ámbito de un objetivo adaptativo. En cambio, los que suelen generarse a partir de una violación, son por lo general más reactivos y que generalmente se presentan junto con un trastorno de estrés postraumático.

Cuando son adultas y han tenido abusos en la infancia, lo que más vemos son síntomas disociativos bastante graves. En agresiones, si la base previa de personalidad estaba relativamente estable, vemos más bien un cuadro de estrés postraumático, algo más reactivo a la agresión que ha ocurrido. En cuanto va pasando el tiempo, si encuentra buenas relaciones y un buen apoyo, e incluso va a la terapia se va calmando y poco a poco, lo va superando.

Pero con los abusos sexuales en la infancia, vamos incesto, o cuando han pasado tantos años, a lo mejor vienen de 50 años y el abuso ha sido con 5, evidentemente hay cambios en la personalidad, ya no vas a tener algo tan reactivo, vas a tener más bien quejas difusas, un “me siento deprimida, con ansiedad, pero no sé bien porque”, de alguna manera lo relacionan con los abusos o casi ni se acuerdan, pero si vienen aquí, es porque algo han recordado, si no, no vendrían aquí, pero lo recuerdan de manera muy difusa. Vemos muchos trastornos de personalidad, yo no soy muy partidaria de las etiquetas porque no me gustan, pero lo digo para que nos entendamos... (Entrevista 1, p. 495)

...lo veo en pacientes que desarrollan luego un cuadro de tipo de borderline, dónde te encuentras que hay historias de abusos y de violencia expresa, no lo encuentro tanto en cuadros psicóticos y neuróticos”. (Entrevista 4, p. 561)

En todos los casos, las variaciones siempre van a depender de cada persona, de cómo ha vivido los acontecimientos significativos y las repeticiones de su historia que constituyen su novela familiar, así como su manera de vivirla. Aunque el conocimiento de los signos comunes siempre es útil, los profesionales se enfrentan al reto de desarrollar “ese ojo clínico” como suele decirse en la medicina –clínica de la mirada– para acceder a lo que está más allá de lo evidente en la manifestación de los síntomas.

En la clínica de la escucha, el reto es captar en la narración de los síntomas incluso aquello que no se dice, aquello que puede estar fuera de lo común y que forma parte de la singularidad del caso, por lo que es importante el desarrollo de estas habilidades para determinar el criterio y la metodología del trabajo terapéutico, pues el hecho de establecer los diagnósticos que estén asentados en los manuales de psiquiatría, no garantiza que el tratamiento sea el mejor:

Cuando empecé a trabajar envidiaba mucho de los psiquiatras la capacidad de diagnóstico, no de tratamiento, pero sí de diagnóstico, es decir, qué bien sabían hacer el diagnóstico diferencial, distinguir los grandes cuadros, les tenía mucha envidia porque había visto muy pocas y psicopatología, pero es que ahora.... con los DSM es imposible hacer un buen diagnóstico, se puede confundir un cuadro paranoico con una depresión y siguiendo eso al pie de la letra, no saben distinguir una cosa de otra, de cuando estás con unos síntomas psicóticos, a cuando hay un cuadro psicótico, que cualquier neurótico en un momento dado puede tener alucinaciones y eso no es que sea un psicótico, pero no se sabe distinguir ya eso, entonces es catastrófico. (Entrevista 4, p. 562)

La diferenciación es importante para la conducción de la cura en el tratamiento, pero desde el psicoanálisis, los síntomas son mucho más que las molestias que provoca, “eso que me hace sufrir y quiero que me lo quite”, los síntomas traen consigo –del lado del paciente– todo un saber sobre la persona misma, sobre sus relaciones consigo, con los otros y con su entorno y, del lado del analista una posición muy concreta frente a ellos. Por ello, desde esta perspectiva es

importante trabajar lo que quieren decir y lo que encubren más que querer erradicarlos por completo.

...con respecto a los síntomas, cuando te quieres formar como analista y dices “quiero ser analista y voy a hacerme un análisis” [...] se piensa en eliminar síntomas. Pero es verdad que del lado de los pacientes, en relación con las personas que vienen con sufrimientos indecibles, los síntomas de nuestro tiempo como dice Julia Kristeva, son las nuevas enfermedades del alma, una de las fuerzas que imperan tienen que ver mucho con la depresión y con la ansiedad, entonces sí, luego curiosamente —y eso también lo aprendes en la práctica antes de derivar un caso—, cuando un colega psiquiatra, psicólogo o psicoanalista que te deriva y te dice “te voy a mandar un caso que es muy muy muy difícil” y que al principio te asusta un poco, y luego cuando ya tienes muchísima experiencia sabes que los casos más difíciles son los que, en los efectos con respecto a la victoria sintomática se hacen más evidentes, bastante más evidentes... (Entrevista 6, p. 582)

La concepción del síntoma en psicoanálisis no es estática, no forma parte de una descripción de algo que aparece y se diagnostica, que puede quitarse sin más con algún método terapéutico, sino que tiene más bien, una naturaleza dinámica, multifactorial y sobre determinada⁴⁴⁴, los mecanismos de su formación son inconscientes, semejantes a los de la formación del sueño, se transforman, se condensan o se desplazan de uno a otro, por lo que sus matices son únicos en cada sujeto que los sufre y solo pueden atenuarse, disminuirse y a veces eliminarse, a través de la escucha de la verdad inconsciente que los constituye.

...y luego hay otra cosa que decía yo, el paciente que viene con síntomas muy floridos que van mejorando y que luego van entrando en la palabra y que luego no sabes cómo ocurrió ¿no?, y luego están los pacientes, que vienen no con síntomas floridos y que al mismo tiempo donde florecen síntomas que son tan fuertes como el miedo, efectivamente dónde hay un cierto levantamiento del inconsciente que genera síntomas o un síntoma por otro, que eso también es verdad que la mejoría sintomática a veces no es fácil porque se cambia el síntoma, pero que siempre hay que mantenerlo como pare de un saber inconsciente, porque es con lo que trabajamos ¿no? (Entrevista 6, pp. 582-583)

⁴⁴⁴ Cfr. Freud, S. (1916) 17ª Conferencia de Introducción al Psicoanálisis: “El sentido de los síntomas”. *Op. Cit.* Vol. XVI

...la psiquiatría se queda muy detenida en las manifestaciones más sintomáticas de las enfermedades mentales, el DSM III, IV, IV-R y tal, eso es precisamente lo que menos me interesó de la psiquiatría y es una de las cosas por las que me decidí por el psicoanálisis, porque no se detenía en la superficie del síntoma o en el síntoma como algo superficial, sino que iba a tratar de desentrañar o descifrar la verdad del síntoma... El otro día escuchando un psicoanalista, decía que no hay un síntoma igual que a otro, y tenía razón, lo que pasa es que hay que tener una cierta base para escuchar, está percepción del síntoma que cada síntoma es diferente a otros síntomas aunque aparente sean igual, eso sólo se capta en la escucha del sujeto y los matices surgen a partir de la escucha psicoanalítica. (Entrevista 7, p.594)

La emergencia sintomática está teñida por el contexto social en el que se instala, los síntomas surgen como defensa, como respuesta al conflicto que se genera en cada sujeto entre el deseo y los imperativos sociales y culturales del momento que frenan los modos de satisfacción.

...intervienen muchas cuestiones y conceptos que se intercalan, por ejemplo, el tiempo... la vida moderna está instalada en un tiempo deprisa, un tiempo que no da tiempo, en los primeros años la vida es más pausada, más tranquila, no había apremios de tiempo, en todos los ámbitos, en la vida cotidiana, en los vínculos que se establecen, en los objetivos a cumplir, en objetos a consumir, hay tal saturación de cerca en un tiempo tan apretado, que creo que facilita una especie de alineación subjetiva que supone un esfuerzo importante para sustraerse de ello en cada uno. Creo que el progreso es necesario en todo tipo la vida moderna, pero mucha gente paga un alto precio cuando ese progreso se instala, con ciertos factores que tienen que ver con el poder en lo social, en lo político, lo económico, afecta a sectores enormes de la población a una especie de casi desconocimiento sin elección. (Entrevista 8 p. 609)

Por otro lado, lo que hoy se consideran agresiones sexuales, aunque en otro tiempo también lo eran, eran consideradas un tema tabú y algo instalado como un malestar cultural que debía ser asumido en silencio, un imperativo silencioso de la sociedad ante “el no saber hacer” algo con eso que lo provocaba.

En la actualidad, los medios de comunicación sobre estimulan a la población y saturan con el exceso de información que circula, ofrecen garantías inexistentes sobre un saber preestablecido, y el dinamismo cambiante del

lenguaje incorpora nuevos significantes que a su vez, modifican la presentación de los síntomas

Lo primero que se me ocurre es algo muy inmediato, la perversión. Un perverso de la época de Freud, aunque Freud hablo del niño como el perverso polimorfo, como un hecho que a condición de existir, la perversión tenía unas connotaciones muy específicas. Con el correr del tiempo, nos encontramos ahora con los medios de comunicación saturados de saberes acerca de la perversión, por ejemplo la pederastia, la violencia de género, el maltrato a la mujer y a los niños entonces ahí estaría justamente el punto en el que el saber de los medios de comunicación, saturan el saber acerca de lo que ocurre. (Entrevista 8, p. 609)

Frente a los síntomas de la época como malestares a ser atendidos, en la ciencia médica —de donde, por otro lado, la psicología en general ha adaptado muchos de sus métodos—, el *diagnóstico* y el *tratamiento* son la respuesta que tiende a su disolución. Pero como hemos visto, en psicoanálisis, la acción terapéutica propuesta, atiende la diversidad sintomática como un derivado del dinamismo de la estructura psíquica y demuestra que, en el devenir transferencial todo diagnóstico estructural es provisorio⁴⁴⁵. Este diagnóstico orienta el trabajo clínico, como una conjetura de la estructura del paciente, sin ser determinante de una persona en sí, sino de su relato donde se resignifica el sufrimiento.

La novedad clínica que introdujo Freud fue trabajar con aquello que la ciencia desecha por no poder pasar las pruebas que exige el método científico, por no ser objetivable, prefirió trabajar con lo subjetivo que acompaña a lo objetivo del discurso, con la palabra para situar lo dicho por el paciente como la pieza fundamental, sin objetivizar su saber y movilizándolo constantemente a la actividad asociativa. Por ende, si el análisis disminuye de alguna manera el sufrimiento, es porque lo enfoca de otro modo, hace que el sujeto se mire paulatinamente en las propias causas del sufrimiento, se ve involucrado de una manera distinta y esto, de por sí, ya proporciona cierto alivio.

c.4. La duración de los tratamientos

El proceso del tratamiento lleva su tiempo, en este sentido, la *duración de los tratamientos*, a nivel institucional, el tiempo considerado para cada uno suele ser

⁴⁴⁵ *Supra*, capítulo 1.

cronológico, es decir, se mide en meses o años dependiendo de los factores que rodean el caso y su evolución.

...en tiempo es muy diverso. En el abuso sexual infantil hemos visto que hay una serie de variables que son las que van a condicionar el tiempo de intervención, dependiendo de qué variables están presentes, la intervención va a ser más larga más corta. Fundamental, la edad, cuanto más temprano sea el momento de los abusos, menos daños se producen y por tanto menos incisión y menos intervención hay que hacer. Fundamental si durante los abusos ha habido convivencia entre abusador o víctima, porque los trastornos de ansiedad están íntimamente relacionados con eso... (Entrevista 2, p. 529)

También se incluyen en el establecimiento de la duración del tratamiento otros factores, como por ejemplo, si el lugar de atención es una institución pública, en donde por lo general, tienen tantos usuarios que exceden la capacidad de atención de los profesionales que los atienden y existen largas listas de espera, y por ello, el tiempo es limitado a fin de atender a la mayor parte de ellos. Es una problemática de políticas públicas relacionadas con la salud mental en específico, que están condicionadas también por otros determinantes, tanto culturales, como presupuestarios.

...las estimaciones son complicadas, pero no hay un tiempo, porque en ese sentido las terapias son infinitas, en el sentido de que no tenemos un límite, y luego pues que hay periodos, yo tengo gente, por ejemplo ahora que tengo reducción de jornada, o también de la cantidad de gente que viene y que somos muy pocas para asumir, las personas no vienen una vez a la semana, aquí la gente no viene una vez a la semana, viene una vez cada 15 días, cada 3 semanas o cada mes en muchos casos, entonces claro, los tratamientos se alargan y se enlentece en el tiempo, somos conscientes de que no es lo ideal, pero no tenemos otra posibilidad de hacerlo. (Entrevista 1, p. 500)

Pero cuando las pacientes son atendidas en consulta privada o en un organismo no gubernamental (lo que se llama una ONG) desde la perspectiva psicológica, aunque no tienen un tiempo fijo, éste se mide por los criterios de cambio en los síntomas o su eliminación, así como la adaptación funcional al entorno en el que se desenvuelve el paciente en su realidad. O sea que, tanto en la institución, la ONG o la consulta privada psicológica, la duración de los tratamientos está

comandada por el despliegue temporal de los síntomas, su resolución y el cumplimiento de los objetivos trazados respecto a la adaptación y el “regreso a la normalidad” del paciente en cuestión.

Sin embargo, como hemos visto, desde la perspectiva de psicoanálisis, el tiempo cronológico no es lo más importante, éste se encuentra subordinado al tiempo lógico del inconsciente, no se establecen tiempos medidos para la atención del sujeto, ni en una sesión concreta ni en el establecimiento de objetivos, depende más bien, del dinamismo en los momentos del tiempo lógico del inconsciente que, en el despliegue discursivo del sujeto, le permita el acceso a la verdad de sus síntomas, más que a su eliminación como meta.

En las instituciones, el servicio psicológico para los casos de violencia sexual en la Comunidad de Madrid por ejemplo, cuenta con un protocolo establecido, válido para todas las asociaciones o instituciones que se rijan por sus criterios o dependan de ella de alguna manera y, para que las personas que han vivido una agresión sexual lleguen al servicio psicológico, deben haber pasado previamente por otras instancias: primero, la denuncia ante la policía que remitirá luego a la atención primaria antes de la derivación al servicio psicológico. La atención primaria se da en el servicio de urgencias de algunos hospitales o en los servicios de psiquiatría y el servicio psicológico, en centros no gubernamentales que suele subvencionar directamente la Comunidad de Madrid o que son subvencionados por empresas que agrupan servicios de diversos tipos y que rinden cuenta a la Comunidad de Madrid.

El hecho de que la Comunidad de Madrid aporte recursos para ello, es decir, para que sea un servicio público y accesible a toda la ciudadanía, hace que existan requisitos y normas a seguir en la atención de los casos. La violencia sexual como síntoma social, crea un gran número de usuarias para estos servicios, lo que hace que, los tratamientos sean cortos y la frecuencia de las sesiones sea más prolongada en el tiempo. Incluso la misma agenda de las psicólogas y psicólogos que atienden, es gestionada por la Comunidad de Madrid, por lo que los profesionales no intervienen en la gestión de sus citas ni en el tiempo adjudicado para cada uno de los tratamientos.

...eso depende de la psicóloga... hay circunstancias que te obligan, que no depende de ti la agenda, yo siempre intento que las que empiezan, intento

acortarlas por ejemplo, ahora que tengo una mujer que tiene riesgo de suicidio... yo en mi caso a la que veo más así... les hablo por teléfono, al principio les cuesta, pero se acostumbran, como es un recurso público, saben que es el coste que tiene un recurso público...hacemos lo que buenamente podemos, pero llegamos a donde llegamos, no tenemos los medios y las usuarias lo saben... hay personas que yo a nivel de criterio, les digo “yo creo que tú necesitas una vez a la semana, aquí no te lo podemos ofrecer, con esta información, decide tú”, hay gente que dice “no, me da igual prefiero seguir aquí”, y sigue aquí, otras personas dicen “sí, voy a intentar buscarme un una psicóloga privada” porque es verdad, por necesitar, lo necesitaría todo el mundo, pero hay casos que tú dices, “no vas a aguantar las entre sesiones”, pero es algo, una de las cosas que más me renueve y qué más me tengo que trabajar, pues me voy de vacaciones con la angustia aquí, y eso es algo... (Entrevista 1, p. 500)

Y, aunque las usuarias saben que, entre una y otra sesión pueden pasar quince días o un mes, esto trae inconvenientes en los tratamientos, debido a que –unos más u otros menos–, en los casos se manejan grandes cuotas de angustia difíciles de soportar en el tiempo entre sesiones, y esto puede generar otros síntomas, otras malestares y como consecuencia la derivación a otros centros que los atiendan y así, se genera una espiral de necesidades, debido a que los procesos institucionales también contribuyen a generar nuevos síntomas en el contexto social y la atención institucional que demanda resultados más rápidos, parece estar enmarcada por un tiempo cronológico que no soporta los vaivenes de la subjetividad.

En México, las ONG's no son subvencionadas por el gobierno, sino que se allegan de recursos privados nacionales o extranjeros y del cobro simbólico por sus servicios. En las instituciones públicas existen algunos servicios de atención a casos de violencia sexual donde el tratamiento tiene un tiempo limitado debido a las largas listas de espera que existen para este y otros casos atendidos en el ámbito de la salud pública.

c.5. El lugar en la cura

Hay otros *aspectos teórico-técnicos* que marcan diferencias en los tratamientos en la dirección de la cura, como los temas del cobro de las sesiones o el manejo

de la transferencia. Por lo general a los psicólogos que trabajan en instituciones o en ONG's, les cuesta trabajo cobrar directamente al paciente, "me cuesta mucho cobrar, sé que tengo que cobrar para dignificar mi trabajo, porque lo considero muy digno, pero creo que eso sí ha hecho mella, llevo tantos años en ONG..."⁴⁴⁶. En psicoanálisis, el cobro de las sesiones está directamente relacionado con el manejo de los síntomas y su costo simbólico para el sujeto, sin embargo, la filosofía de las organizaciones en ocasiones lo establece así, ya sea por ser de naturaleza sin fines de lucro o porque son servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

En ocasiones existe la concepción de que la sociedad les retribuye, les paga por el daño que les hizo a través del agresor y por esa razón les presta el servicio sin cobrarles, a sabiendas que los psicólogos cobran a la Comunidad por sus servicios. Esta filosofía podría parecer altruista con la gente que no tiene recursos, sin embargo, a plantearlo así, se corre el riesgo de asumir que la sociedad tiene la culpa de todo lo que les sucede y restar importancia a la posición del sujeto en su propia historia.

Aquí cabe la pregunta de, si la sociedad es responsable por los abusadores, ¿lo es también por las conductas específicas o las posiciones que se toman en un evento violento?, ¿dónde queda la responsabilidad subjetiva en la posición que ocuparon en el encuentro? Tal vez sea irse a los extremos, en donde no se culpabiliza a la víctima y el agresor y la sociedad siempre tienen la culpa, lo que puede redundar en las ganancias secundarias de la etiqueta de "víctima"⁴⁴⁷ donde el sujeto no se hace responsable de su propia posición subjetiva, ni de su deseo inconsciente.

Entre los aspectos teóricos que tienen incidencias técnicas concretas e influencia en la dirección de la cura, resalta el tema de la transferencia, que por lo general, en psicología se conoce, pero no se suele trabajar con ella, solo en la perspectiva psicodinámica y en ella, el *manejo de la transferencia*, se considera en relación al encuadre y a la posición del terapeuta que puede ser de simetría y asimetría en el encuentro terapéutico. La transferencia vista así, parte de una

⁴⁴⁶ En el Anexo, entrevista 1, página 497 y siguientes se habla del tema del cobro en las ONG's.

⁴⁴⁷ En el capítulo 1 se hace referencia a las posiciones de los sujetos en relación al evento violento y la tendencia social a crear la figura de "víctima" que funciona como un significante que mantiene sujetos en una actitud identificatoria limitante.

concepción sobre el valor de las personas, tanto en el ámbito social, como en la situación clínica y, desde aquí, hay simetría, son iguales.

Algunos diferencian la asimetría en la posición de objetividad del terapeuta que ve las cosas desde afuera para marcar la diferencia con la posición subjetiva de quien las vive. Por lo que, la concepción general que se hace desde el ámbito de la psicología tiene que ver con el valor personal, no con el descubrimiento freudiano como manifestación de lo inconsciente y por ello se ve desde la dimensión imaginaria y consciente, pero no toma en cuenta dimensión simbólica a la que pertenece el ámbito del lenguaje y el origen de inconsciente.

En las terapias con enfoque psicoanalítico alcanza a distinguirse la necesidad de considerar la transferencia, sin embargo, se ve como un vínculo con el terapeuta que hay que aprovechar para lograr los objetivos de mejora que se establecen al inicio del tratamiento y que manifiesta el paciente en su deseo de cambio. Cuando se aborda su dimensión inconsciente se ve como una etapa de repetición del pasado que es necesario interpretar para cortar con esa situación, por lo que no se dimensiona su importancia como eje de trabajo.

Por ejemplo, esto puede verse claramente cuando los pacientes manifiestan una emergencia que les hace acudir a su psiquiatra, psicólogo o psicoanalista a una hora que está fuera de la atención habitual, tanto en la institución como en la práctica privada:

...en principio, cuando alguien me llama a deshoras lo trataría de la misma forma, es decir, creo que no hay que establecer grandes diferencias en la actuación entre lo que es la práctica institucional pública y privada, que hay diferencias claro... Creo que los pacientes si están muy referidos a su psiquiatra o a su psicoanalista, siempre se las arreglan como para que la demanda vaya dirigida a él, esto de ir a urgencias a veces tiene que ver con cuestiones transferenciales, me parece que todo tiene que ver con cuestiones transferenciales y no quiere decir que sea sencillo de manejar, pero creo que siempre tienes que tener en cuenta el mirar más allá de lo que miraría el psiquiatra, que es la pura emergencia. Si alguien te llama a las tres de la madrugada, yo trataría de ver qué sentido tiene para él, me digo "porque me molesta a estas horas", o sea yo trataría de ver qué sentido transferencial tiene y cómo se maneja.

En los casos graves, de brotes psicóticos es igual, cuando un paciente psicótico entra en tratamiento, entra en transferencia, es decir, cuando está referido a un terapeuta o a su psicoanalista incluso este tema de las urgencias y de los ingresos disminuye muchísimo, pero cuando el psicótico está ahí medio dejado de la mano de Dios pues si se ocurre que vaya mucho a urgencias o que tenga muchos ingresos, puede tardar un tiempo, pero en mi experiencia, cuando el paciente entra en transferencia esto disminuye...un paciente que no ha logrado hacer una transferencia singular y sentir que en algún lugar lo pueden escuchar, entonces va buscando un lugar a ver si encuentra a alguien que le escuche, hay muchos pacientes que no se sienten escuchados, más bien se sienten rechazados. (Entrevista 7, p.599)

Si el eje del trabajo psicoanalítico es la transferencia, cuando surge, es tarea del analista mantenerla y ponerla a funcionar, trabajarla para permitir el despliegue discursivo que manifestará los mecanismos inconscientes que mantienen al sujeto atado a sus síntomas. El psicoanalista trabaja desde su transferencia con el psicoanálisis, en la emergencia de la transferencia del paciente y con la transferencia en la dirección de la cura, es decir que, sin transferencia, no hay tratamiento psicoanalítico posible⁴⁴⁸:

...dependerá de la transferencia, la transferencia es como la fe para los cristianos que mueve montañas, sin transferencia no hay nada que funcione, con la transferencia puede funcionar todo, no quiere decir que garantiza el funcionamiento de todo, pero puedes hacer un tratamiento si hay transferencia viendo al paciente cada seis meses o una vez al año y si no hay transferencia, aunque lo veas todas las semanas, ese tratamiento no va a marchar, yo creo que la piedra de toque es la transferencia que puede mover montañas, pero claro, como la transferencia es una cosa sobre la que uno no tiene control, es decir que uno a priori no puede crearla, ni facilitarla, sino que depende de cuestiones que no son manejables conscientemente o protocolizables, es decir no hay un protocolo para crear una buena transferencia, vamos de palabra me refiero. (Entrevista 7, p.600)

Sin confundir una buena transferencia con la dimensión consciente de un encuadre terapéutico o con la colaboración del paciente en su tratamiento, es importante considerar sus dimensiones y prepararse para ello, pues como dijo

⁴⁴⁸ *Supra*, capítulo 3, puntos 3.1.b., p. 145 y 3.2.b., p. 172

Freud, es al mismo tiempo la resistencia más fuerte y el arma más potente del tratamiento⁴⁴⁹.

La *contratransferencia* habla, no solo de la resistencia frente a la transferencia del paciente, como lo indicó Freud en los orígenes, sino de un tipo de posición del analista⁴⁵⁰ y que, cuando es retomada por algunos de los psicólogos entrevistados, lo hacen desde las dificultades conscientes en el proceso y, para evitarla procuran tener conciencia de lo que la falta de cuidado de sí mismo, puede afectar en la terapia del paciente, aceptando que hay que estar en terapia si se necesita, pero no va al ámbito de la relación terapeuta-paciente:

...yo intento estar bastante atenta al tema, enseguida encontré una persona que conocí en la unidad de atención, que me habló de todo esto, me habló de su importancia y yo desde entonces, yo reconozco que he estado detrás de la supervisión, se escaparan y miles de cosas evidentemente, pero trato de estar atenta y cuando he tenido necesidad estar en terapia, pues he estado en terapia. En ese sentido, lo tengo muy claro, en cuanto empecé a trabajar aquí, me hablaron de los cuidados, de la intimidación vicaria y de los cuidados para profesionales, me explicaron que si yo quería tener un recorrido en esto, evidente-mente más como mujer, o me cuidaba o me podía afectar de alguna manera.

Y tampoco es considerada una resistencia del terapeuta. Pero no sólo esto, sino que no se niega la implicación subjetiva en el proceso de los pacientes.

...es verdad que yo pongo mucho de mí, me implico mucho, igual es una de mis cosas que me tengo que trabajar un poquito más... Significa que luego hasta las vacaciones llevo, todas las vacaciones pensando en ellas, en la que intenta suicidarse y me digo "intenta dejar de pensar porque estás de vacaciones", pero como le doy el correo por si pasaba algo, todos los días compruebo el correo... Todas las noches estoy pensando en lo que voy a hacer, en ese sentido me implico... (Entrevista 1, p. 499)

Para los psicólogos con orientación psicoanalítica en cambio, nunca es tomada como una resistencia, y menos del terapeuta, sino que la *contratransferencia* es la posición desde la que se trabaja y considera fundamental la implicación del analista con su paciente:

⁴⁴⁹ Cfr. Freud, S. (1912) "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico" y "Sobre la dinámica de la transferencia". *Op. Cit.* Vol. XII.

⁴⁵⁰ *Supra*, capítulo 3, puntos 3,1, c. p. 156 y 3.2.c, p. 181

...lo que plantea el psicoanálisis relacional es una potenciación de esas posibilidades de agencia a través de la implicación del profesional en la problemática que el paciente vive... pasamos a un escenario en el que hay que hacer lo posible para devolver a la persona el sentido de agencia, para compartir la experiencia que la persona vive y para, desde esa capacidad de conexión, que en definitiva la conexión que el clínico establece con el paciente es fundamentalmente emocional, empática, no es una comprensión intelectual... (Entrevista 5, p. 569)

Esta posición, parte del eje teórico de la escuela inglesa del psicoanálisis en el que este concepto es fundamental en la posición del analista, posición que desde el registro de lo imaginario, considera importantes los elementos del encuadre, las relaciones de simetría y asimetría, así como las relaciones de empatía con los procesos del paciente. El registro de lo simbólico, cuya dimensión abarca lo inconsciente, y por ende las resistencias del analista, no es considerada en esta posición, por lo que la posición del terapeuta se ve reforzada por criterios de valía personal, empatía, simetría y comprensión sólo desde el orden de lo imaginario.

...dentro de esa simetría ética es una posición igualitaria, es decir, no hay diferenciación jerárquica, las experiencias que se viven en el entorno de la consulta se abordan desde un paradigma de mutualidad, el clínico influye al paciente y el paciente influye al clínico, ese eco bidireccional es la esencia de la conexión y del trabajo. Entonces es una posición que no tiene que ver con la simetría del saber ni en el conocimiento, ni de una posición ética en la que se priorice digamos el relegar el reconocimiento del deseo del otro, la persona necesita validación intersubjetiva. (Entrevista 5, p. 570)

Las dificultades del analista no son consideradas como parte de sus resistencias donde albergan aspectos inconscientes que es necesario trabajar, basta con poner algo de distancia al respecto para que su sentir le aporte luces sobre un posible diagnóstico de lo que le sucede al paciente, como se expresa en la misma entrevista:

“...el mismo concepto de contratransferencia, si se entiende en el sentido clásico freudiano o al menos tal como canónicamente Freud la describió, nosotros no veríamos una diferencia entre proceso transferencial y la contratransferencia, es decir, es el mismo proceso y lo que el paciente evoca en mí, que por supuesto implica ...una distancia de trabajo de mis propias dificultades es lo que me permite

reconocer y comprender lo que el paciente me está depositando, con lo cual el eco contratransferencial es una importantísima fuente de conocimiento”.

Es decir, que la utilidad de la contratransferencia, desde los y las psicólogas entrevistadas presenta las mismas características como una fuente de conocimiento y como posición simétrica cimentada en el valor de igualdad de los participantes en el encuentro terapéutico, es decir, del terapeuta y del paciente (Entrevista 5), como una necesidad de cuidado para el terapeuta (Entrevista 1) y como un eje relacional (Entrevista 6) en el ámbito de las interacciones conscientes de individuo, posición que, desde la dimensión imaginaria, responde al pensamiento adaptacionista de nuestra época, pero al mismo tiempo protege al terapeuta de su propia angustia ante los procesos del paciente, ante los que nunca se está protegido de todo, y menos si el terapeuta no ha tenido un proceso terapéutico propio que le permita conocer sus propias resistencias.

En este sentido, por más que la institución social lo suponga, las y los psicólogos, no tienen la salud mental completa por el simple hecho de serlo y tampoco son inmunes a los desbordes de angustia que pueden presentar los pacientes que atienden.

GC: tengo entendido que en la misma carrera de Psicología no siempre se exige que las personas tengan un proceso terapéutico antes de atender procesos.

HM: no, aquí la salud mental es como pedirles el valor a los soldados, se presupone y ya está, no se exige, no se pide, no se solicita, lo único que se solicita es un certificado de carencia de antecedentes penales en abuso sexual, y ha empezado a solicitarse apenas hace 6 meses, igual que a los maestros, monitores, o cualquier persona que tiene que tener un cuidado con menores, cada seis meses tiene que actualizar un certificado de ausencia de antecedentes penales. En delitos relacionados con el abuso sexual infantil, la salud mental se nos presupone, y luego pues forma parte de tu responsabilidad individual, si estás quemado y crees que no puedes más, pues cambias. (Entrevista 2, p. 528)

En los procesos terapéuticos se adquieren las herramientas para la escucha y, si no se ha tenido un espacio propio donde trabajar en sí mismo, las reacciones contratransferenciales son comunes y además justificadas como elementos que ayudan al diagnóstico y forman parte del proceso terapéutico, sin dar cabida a la

pregunta sobre las resistencias inconscientes que se tienen respecto del proceso de otros.

De ahí la importancia que enfatiza el psicoanálisis sobre el análisis personal como parte del proceso formativo que, aunque no inmuniza a nadie respecto de la angustia, toma en cuenta la dimensión simbólica en la que estamos inmersos por el lenguaje. No pierde de vista ésta dimensión estructural del inconsciente, además de proporcionarle las herramientas de escucha que le permiten tomar distancia de los casos, de abordarlos sin generalizar o protocolizar los tratamientos, así como privilegiar el trabajo del “caso por caso”.

La consideración de la singularidad subjetiva permite empapar la dirección de la cura en una ética del deseo, donde el resultado sea la reconstrucción del sujeto responsable con nombre y deseo propio. Es por ello que permanece la pregunta, ¿cómo transmitir esta importancia a los profesionales que atienden la violencia sexual, cuya sintomatología deriva de las fuerzas pulsionales que provienen de lo inconsciente? La posición desde las teorías de la contratransferencia tiene su límite, no alcanza a desentrañar la verdad sobre el deseo que condiciona las posiciones subjetivas, cuando se asientan sólo en el registro de lo imaginario, pero son un intento de transitar lo insoportable que se revela en los límites de la angustia.

Es decir, para soportar lo insoportable, pues uno se inventa algo, y hay inventos, todos son inventos, y tienen su validez, es decir la contratransferencia es un invento para soportar lo insoportable, que tiene sus limitaciones, pero no hay que degradarlo. Entonces Lacan, en toda la primera parte de su enseñanza va revisando todos estos inventos, bueno para ver cuál es la verdad que está en juego en ello y en dónde se apartan de la verdad del psicoanálisis, no se trata de ir como francotirador, “me voy a cargar en todo”, pero esa revisión es un atravesamiento que él hace. (Entrevista 7, p.603)

La experiencia en la clínica, es la experiencia de atravesamiento de un saber, un saber que se descubrió, primero como sujeto en su propio trayecto de análisis, y luego se acompañó en otros procesos que, cuando están cargados de eventos traumáticos, es imposible no transitar la angustia que conllevan y que en ocasiones se hace insoportable. Un analista que, para ocupar su lugar, previamente se ha analizado, conoce las dificultades que el atravesamiento de la

angustia conlleva, no solo como sujeto, sino transitar lo insoportable en la dirección de la cura.

c.6. Los modos de producción.

De esta manera, todo analista accede a la re-invenición de sí mismo en su transferencia con el psicoanálisis, a través de sus *modos de producción* y en el ejercicio clínico en los trayectos que acompaña, tiñe con un toque personal las curas que dirige y da cuenta de esos cambios que, sin buscarlos explícitamente, se han dado en el paciente y en sí mismo en su contacto con lo inconsciente.

Yo con estos libros lo que he pretendido es transmitir mi experiencia, lo que yo he hecho con los pacientes, lo que a mí me ha servido para trabajar con los pacientes y aunque el psicoanálisis sea una profesión imposible, se puede trabajar como psicoanalista y es una profesión interesante, es decir que, puede ser un tormento o de las peores torturas, pues hay muchos analistas que dejan su trabajo como psicoanalistas porque consideran que es un suplicio, pero no necesariamente. Entonces yo no sé si mi libro tiene mucho valor o no tiene mucho valor, lo tiene para mí....

GC: creo que obedece a tu propia producción, a tu propia experiencia y a la necesidad de elegir las herramientas que a ti te sirven para trabajar.

Sí las que he aprendido yo en el trabajo con los pacientes, con mucho esfuerzo, y hay una cuestión que tiene que ver con que no hay un camino, no hay un está atajo, todos los atajos son desviaciones por así decirlo, cuando uno en esto de la subjetividad o en la clínica del sujeto quiere buscar un atajo, el que sea, eso ya va mal encaminado. Entonces ahí hay un factor tiempo, entonces dice uno, joder, 30 o 40 años... pero como hay algo ahí personal, eso es un camino muy largo. (Entrevista 7, p.603)

Saber hacer algo con el trayecto recorrido, significa no solamente haber transitado por el propio análisis, que en sí mismo, no es poca cosa, sino mantener la transferencia con lo que hizo posible el ser psicoanalista.

¿Qué hago yo con eso? He escrito mucho sobre casos clínicos, por ejemplo mi propia tesis doctoral tiene que ver con eso, mi propia tesis doctoral para mí fue fantástica, porque me permitió, gracias a mí director de tesis, fue él el que lo vio, yo no encontraba el tema y, sin embargo, siempre está hablando de otras cosas, y de golpe él me dijo, “pero bueno qué no hablas de otra cosa, que de cómo se

construye saber en clínica...” ahí me di cuenta, fue como uno de los mejores momentos de mi vida, es un anudamiento de la experiencia y la búsqueda personal en términos de saber, y recuerdo que le dije “¿y tú cómo te has dado cuenta?”, “lo tienes escrito en la frente, vas por la calle y no lo ves que pasa”, entonces me permitió una sistematización de todos esos 20 años que te dije, de seminarios de cosas escritas y lo demás, y escrituras de casos clínicos escritas y lo disfruté enormemente, pues esa soy yo también, pues ahora he dado unos pasos más, entonces escribir para mí, es una de las producciones más importantes. (Entrevista 9, p. 618)

El compromiso con el amor a la verdad, no solo de un conocimiento o un saber establecido, sino aquél que proviene del inconsciente y que se re-descubre en cada cura, que compromete la propia subjetividad y empuja a una transmisión del modo que sea, mientras signifique una reinención de esa primera elaboración subjetiva a cerca de la propia historia y el lugar que se ocupa en el Otro, como lugar inventado para ser.

Y luego enseñar, también es una producción muy importante, muy importante, hacer que pasen cosas, hacer que pase algo. Y eso mismo que sentí yo, me emociono ¿viste?, cuando te lo digo, me emociono, porque siempre me emociono con ese pasaje, que eso mismo que sentí yo de que había algo en el orden de la experiencia que el saber entroncaba, que haga pasaje a otro y ver una carita interrogante, una pregunta interrogante, algo que late, eso es pura vida, es pura vida y entonces a mí me devuelve, no sé cómo explicarte, en ese momento nazco yo de nuevo, en ese momento yo vuelvo a recrear la teoría junto con el otro, yo vuelvo y es todo muy vivo, y eso es maravilloso, enseñando también, enseñando y escribiendo y bueno por supuesto, aprendiendo en las charlas con colegas y escuchando, pero sobre todo, escuchando cada vez más literatura, filosofía, arte, sociología, antropología... (Entrevista 9, p. 619)

Esta diversidad en los modos de producción, obedece a la necesidad humana de trabajar en conjunto, son formas singulares de hacer vínculos con quienes se prestan a recibir otro modo de transmisión, pues se escucha para que algo nuevo se produzca, para que algo pase, pero esto no se sabe, no se sabe que se pretende que pase, ni para qué se enlazan las palabras en los vínculos resultantes, es el acto del decir, de escuchar, del ser escuchado lo que permea la necesidad humana de ser y permanecer en la dimensión simbólica que le

constituye, porque a partir de ésta es que se crea la comunidad y la cultura que nos envuelve desde los orígenes.

En la cultura nacemos, nadamos, nos relacionamos y accedemos a la diversidad de saberes que como señuelos, intentan tapar los vacíos de sentido, cultura cuyas instituciones posibilitan e impiden al mismo tiempo el despliegue de lo simbólico en lo que se da a escuchar, en lo que se puede escuchar, en lo que se soporta escuchar como producción singular y vinculante.

Por eso no podemos acabar e entender lo que significa palabra dada sin tener en cuenta las “determinaciones institucionales” de la escucha. Ésta implica: escuchar lo que no se quiere oír (Derrida), romper o dicho, traer a propia experiencia con estilo “como una lengua extranjera” (Deleuze), desde la música, la corteza, la letra, el compás. Para que se logre una transformación. Para que pase algo.⁴⁵¹

Se busca una transformación, se busca que “pase algo”, ¿de qué naturaleza es esa transformación?, ¿qué se espera que pase realmente? Esto nos enlaza con las concepciones de cambio, que van desde la esperanza de cambios concretos en la sociedad en la que estamos inmersos,

...la alternancia cambio-conservación depende de si los individuos cambian y no se centran tanto en las posibilidades elaborativas grupales como en otras teorizaciones. La necesidad de que cambien los individuos es un tema retomado por muchas instituciones preconizando el psicoanálisis individual o el reanálisis de cada uno de los miembros de la institución.⁴⁵²

Se esperan cambios particulares en las circunstancias de las personas y en sus síntomas que sufren a raíz del anquilosamiento, de la necesidad de movimiento, más que físico, subjetivo, que permita asumir los riesgos de modificar la manera de vivir responsablemente los lazos que se crean y de asumir la falta que se permea en ellos como oportunidades para relanzar el deseo.

⁴⁵¹ Marinas, J.M., *Op. Cit.*, p. 21

⁴⁵² Utrilla, M. (1998) *Op. Cit.* p. 143.

c.7. El proceso de cambio.

Cuando es poco claro ese “algo” que se desea que pase, se alude a un cambio, a una transformación no se sabe de qué, especie de malestar que empuja al movimiento. Por ello, cuando se habla del *proceso de cambio*, se refiere no sólo al cambio del paciente cuando lo demanda expresamente, sino también al cambio del terapeuta que acompaña los procesos. En el *contexto de la psicoterapia*, se refieren al cambio adaptativo y funcional que se da desde la dimensión imaginaria –que en sí misma, no es poca cosa–, que comanda los comportamientos concretos y que pudo haber llegado más lejos, dejando como herencia nuevas herramientas para enfrentar la vida:

... en ellas, yo creo que el cambio, es un cambio es muy global, este tipo de terapia sobre todo en los abusos en la infancia es muy global, creo que pasas a verte con otros ojos, cuando te ves con otros ojos, cambia todo, yo creo que el criterio es cuando ella se sienten bien consigo mismas, que su vida ha cambiado, que se sienten bajo control de nuevo, con un criterio realista quiero decir, aprendemos a manejar mucho las emociones y integrarlas como algo normal, natural, la tristeza es parte de la vida, va a ocurrir más veces, en ese sentido ¿no?, pero se van de aquí con otra mirada de sí mismas y es como un antes y después, yo creo es un proceso de cambio tan largo y tan profundo, que cambian ellas, incluso de parejas o situaciones vitales que no resisten el cambio lógicamente...(Entrevista 1, p. 509)

Desde esta perspectiva, los síntomas se trabajan dentro de las sesiones para producir cambios adaptativos fuera de ellas, sobre todo cuando intervienen directamente en la vida del paciente,

“...yo caracterizaría la actitud esa de escuchar y sostener la demanda del paciente sin responderla directamente, siempre entenderla y valorar ese síntoma por el cual alguien viene, qué papel está cumpliendo en su vida y si le puede trastornar mucho a corto plazo su vivencia. Es decir, el valor que está trayendo el síntoma, hay que estudiar si se ha de hacer un trabajo de tipo focal, más intensivo, algo que provoque una disminución de angustia alrededor del síntoma, para que luego esa persona pueda tolerar el trabajo más a fondo, teniendo en cuenta que quiere hacerlo y, cuando un paciente ha apañado las cosas suficientemente no hago mucho por retenerle... eso que Winnicott hablaba del espacio intermedio y Manoni, a mí me encantaba, el concepto de institución está, ya que lo importante es entrar y salir de ellas, no tanto lo que pasa dentro o lo que ha pasado fuera, sino ese

camino intermedio, esta idea Winicottiana del espacio intermedio donde de verdad pasan las cosas que producen cambios. (Entrevista 4, pp. 555-556)

Cierto es que, desde la perspectiva psicoanalítica, no hay estándares previos que presupongan el avance terapéutico hacia unos cambios determinados y, aunque se demanden, sólo será posible que sucedan en la medida en que el analizante asuma su síntoma como expresión de su conflicto, se haga responsable de su posición frente a lo que le sucede y frente a sus formas de goce lo que hará que sean duraderos, provocar un movimiento subjetivo que le permita renovar sus lazos en lugar de mantenerlos rotos, por lo que el cambio es muy singular,

...esta historia de los fines, de las metas, de los criterios de cambio, de cura dentro del planteamiento analítico, es una formulación ideológica, es decir, ¿qué significa cambio?, es singular para cada persona... es decir... el clínico juega como un catalizador de esas necesidades de cambio, pero no introduce un criterio de lo que es lo que tiene que cambiar, es decir por supuesto, en un sentido muy general, una persona con sus dificultades en la vida, con sus planteamientos repetitivos, con las situaciones conflictivas en las que está atrapado, y puedo desarrollar subjetivamente una cierta fantasía de cómo esta persona podría ser diferente, pero la que tiene que tomar conciencia de sus necesidades de cambio es la propia persona, entonces ahí es muy importante de por lo menos precisar que lo que va a cambiar son los patrones organizadores inconscientes, el conocimiento relacional implícito que esta persona usa a la hora de funcionar en sus relaciones y en su manera de enfrentar las experiencias, porque todo lo que vivimos está co-determinado, es decir que en última instancia, nadie sufre solo, sufre consigo y con la participación de una otro real o imaginado, pero nadie sufre solo. (Entrevista 5, p.573).

Cuando se escucha al paciente en psicoanálisis, el psicoanalista se centra más bien en el sufrimiento del sujeto y sus formas de goce que en su manifestación sintomática que puede desplazarse siempre, más en el dolor por lo que el síntoma trae consigo, que en el objetivo de su eliminación o de trazar un programa para un cambio terapéutico concreto, es decir, no se tiene un objetivo específico sino que se escuchan los síntomas como algo que tiene que ver con la subjetividad del sujeto y lo que esta escucha produce.

...hay un sufrimiento ahí, que sabes que una vez que se pone en el circuito de la palabra y empiezan a hablar, hay una mejoría sintomática segura...lo interesante es después de esto ¿no? pues luego se olvida incluso el motivo que le trajo a la consulta y sigue hablando y sigue pensando, y sigue soñando y cobra un sentido para la persona el trabajo, más allá de la efectividad o del objetivo, es otra cosa... (Entrevista 6, p. 582)

El sufrimiento es evidente, se mira, se escucha y se intenta amortiguar. Tratar así los síntomas, buscando su clave en lo evidente, llama a preguntarse si realmente estará donde no se ha mirado y donde no se ha buscado, es decir, volver a mirar con más cuidado lo que está ahí, lo que se “da a ver” sin querer, y volver a escuchar lo que no se soporta, “lo que se dice sin decir”, de otro modo, para permanecer abierto a las preguntas, a la concepción de un saber en constante construcción y no dado de una vez por todas y para siempre:

...a lo mejor lo más importante no es sobre los síntomas, pues dentro del ámbito de la psiquiatría, los síntomas siempre han estado en un primer plano, de repente si se amortiguan o no, o como el psicoanálisis, que no trata enfermedades sino sujetos. Ahora un sujeto ¿se cura o no se cura? o de ¿qué se cura? (Entrevista 7, p. 612)

La cura desde esta perspectiva no tiene que ver con cambios concretos y específicos que se hagan evidentes como signos de adaptación, pues aunque muchas veces comandan la demanda inicial del sujeto y se encuentra en las metas institucionales como una necesidad social, va un poco más allá, mira y escucha con cuidado lo que tiene que ver con la construcción de ese sujeto en su relación al Otro y a su propio deseo.

Abordar inicialmente el síntoma, es importante, pero “declararle la guerra abiertamente” va a hacer que sea más difícil su integración y, en el mejor de los casos su disolución. Incluso en la aparición de los síntomas disociativos que muchas veces aparecen después de un evento traumático, hay algo que se quiere decir con ellos, en esto se parece en algunos aspectos al tratamiento de las psicosis, habrá que dejarlos fluir, escuchar lo que tienen de insoportable para el sujeto y necesita decir.

...si uno se olvida de que tiene que curarle, él ya se las arreglará para curarse solito, para buscarse sus salidas, como uno se empeña mucho, incluso a nivel de los propios interrogatorios, muy psiquiátricos, si es un psicótico que se somete

mucho, entonces le dará todas las características y se podría escribir un libro sobre psicopatología, pero sí en cambio uno no insiste mucho en cómo son sus alucinaciones si tiene más o si tienes menos, él ya se las arreglará, digo no son tontos... (Entrevista 7, 612)

Así como los psicóticos diagnosticados como tales, no son tontos e intentan articular algo en sus síntomas, pueden entrar en transferencia con alguien que les escuche y arreglárselas con su delirio, quienes han vivido eventos traumáticos sin ser psicóticos, es decir, neuróticos –partiendo de la concepción de estructuras clínicas en psicoanálisis–, al encontrar un espacio, un tratamiento, una persona con la cual entrar en transferencia, puede decir algo sobre sus síntomas, articular su dolor en la palabra, establecer un hilo discursivo que les permita acceder a la verdad que los construye como sujetos, también se las arreglarán con los restos, para elaborar nuevos vínculos que incidan en su realidad concreta.

Sin embargo, en estos procesos en los que se juegan los discursos —el del paciente y el terapeuta, el del analizante y el analista—, puede decirse que los aprendizajes no se reducen –para el paciente– a la sesión de análisis, el aprendizaje se lleva a la vida, y para el o la psicóloga, así como para los y las psicoanalistas, al campo profesional, la experiencia de la escucha y del acompañamiento están inmersos en el circuito de la transferencia que, en unos y en otros, es manifestación clara de su deseo. Al terapeuta-analista, le permiten continuar trabajando en sí mismo y en lo que aún tiene que aprender, a ampliar su visión respecto de los síntomas que trata y de la vida en general, lo que le proporciona la experiencia para mirar con cuidado donde pone el oído:

...porque cambia uno... Y el mío, a mí me cambia, nadie de mi familia o de mis amigas entienden porque sigo aquí, porque la situación ya te digo es muy complicada, y me han ofrecido muchos otros trabajos en otros lados, pero yo sigo aquí, estoy totalmente enganchada a esta situación, porque te cambia totalmente o sea me aportan tanto, son diferentes, sobre todo la valentía, yo cuando salgo de aquí, salgo con esperanza, mira (se le llenan los ojos de lágrimas) me emociono y todo, porque es como “se puede”, qué gente más valiente, ¿sabes?, más poderosa, aunque ellas todavía no lo sepan y a mí eso me engancha un montón, aprendo una barbaridad, a nivel personal yo he crecido mucho. (Entrevista 1, p. 503)

En este sentido, por un lado, los aprendizajes pueden ser muy directos y conscientes, es decir, el ejemplo de los pacientes que deciden superar los eventos traumáticos, deja una enseñanza de vida para el terapeuta, lo mantiene abierto a sus propias posibilidades de crecimiento, o cuando se presentan aquellos modos indirectos de aprendizaje cuando se atiende a determinados pacientes, es decir, que los pacientes que llegan, son los que el terapeuta necesita para superar sus propias dificultades:

...hay cosas en esto, que parece magia, pero siempre en cada momento te va llegando el paciente que necesitas para seguirte trabajando en aquellas cosas que necesitas, me ha pasado durante muchos años y me sigue ocurriendo... Con el tiempo te vas dando cuenta y vas notando que ese trabajo distinto que fuiste haciendo con cada paciente, cómo te ha ido trabajando a ti diferencialmente, y con el paso del tiempo y la perspectiva, te vas dando cuenta de todo lo que te ha ido transformando... (Entrevista 4, p. 556)

...yo creo que de todas las experiencias terapéuticas que vivimos, los clínicos nos quedamos con algo valioso, es decir, nosotros cambiamos con nuestros pacientes, de todos aprendemos algo, todos nos tocan o no nos llegan de una manera o de otra, y en definitiva... Creo que el clínico cambia con sus pacientes, cambia de otra manera, cambia a otro ritmo, es decir son ciclos distintos, la persona en general viene determinada por su urgencia momentánea, la que sea, la que le trae, porque le pasa algo o el sufrimiento que quiere aliviar, el clínico tiene que facilitar la posibilidad de escuchar y recibir esa necesidad del otro y ahí se produce una interacción de la que ambos van a sacar cosas valiosas... si un proceso de cambio implica reflexión, elaboración de la experiencia, toma de contacto con las emociones y las propias vivencias se pone en marcha, no termina ni se para porque terminan las sesiones o el tratamiento, el proceso de cambio si se pone en marcha, continua toda la vida. (Entrevista 5, p.574)

Pero, las más de las veces el cambio ni siquiera es consciente, va ocurriendo sin planearlo, fuera de la voluntad consciente, es un proceso parecido al manejo del síntoma en psicoanálisis, sucede por añadidura, es decir, sin pretenderlo de todo:

... me parecería cómico que uno no cambiase, porque hay algo que te cambia, eso tampoco depende de la voluntad el psicoanalista, pues no es que el psicoanalista se plantee cambiar y tampoco es una cuestión de experiencia, porque a veces puede ser mala consejera. Hay un refrán que dice que "la experiencia es una buena

consejera”, pero la experiencia puede ser todo lo contrario en el ejercicio del psicoanálisis si uno se vuelve más cauto, más prudente, más advertido, más prevenido, pues eso es muy negativo para el tratamiento, más que uno cambie, cambia el contacto con los pacientes, hay algo que a uno que le va cambiando en la escucha, los pacientes hacen que uno cambie, como decía Lacan, que el 90% de las cosas que él transmitía se las habían enseñado sus pacientes, entonces lógicamente eso no se refiere a enseñanza teórica, no es que el paciente te enseñe psicoanálisis, sino que es una experiencia vivida, es una experiencia encarnada en la transferencia y eso va teniendo un efecto sobre la posición del psicoanalista que va en la dirección contraria de ser más cauto, más prevenido o más advertido, para abrirse cada vez más al inconsciente, al inconsciente del otro, el inconsciente de uno mismo que es inseparable del inconsciente del otro, yo creo que esa es la clave del psicoanálisis, no cerrar el inconsciente, entonces yo sí he podido percibir un cambio en mí, es como una mayor apertura al inconsciente ¿no?, que no es ni de uno ni de otro, sino que es algo que se crea en la transferencia, que surge en la transferencia. (Entrevista 7, p.600)

Algo que desde el psicoanálisis se mantiene y mantiene al psicoanalista trabajando en sí mismo para mantener su posición de analista, es considerar que puede volver a análisis, lo que significa que, los seres humanos somos procesos inacabados, que nunca se está inmune a las crisis de la existencia y a las vicisitudes que se presentan tanto en la vida personal como en el trabajo clínico. Es por ello tan importante, analizarse es una regla fundamental para el analista, analizarse como sujeto antes de ejercer el psicoanálisis

...mi primer análisis fue cuando yo empecé a trabajar como psicoanalista, tenía que ver con el hecho de no sólo querer trabajar como psicoanalista, sino un psicoanálisis para psicoanalizarme yo y poder trabajar después como psicoanalista, pero analizándome como sujeto quiero decir, no como hacen en algunos sitios que se convierte en una cosa burocrática en donde el psicoanalista se tiene que psicoanalizar, sino en un análisis como el de cualquier sujeto, pero bueno fue en un momento en el que yo decidí analizarme, ya había terminado la residencia y estaba empezando a trabajar con pacientes. (Entrevista 7, p. 601)

Y aunque volver a análisis sea opcional, depende de las circunstancias de la vida, dificultades personales que se presentan en nuevos momentos de la vida personal y profesional, siempre constituye un reto de re-invencción para el sujeto.

O sea que han sido dos análisis distintos, en dos momentos diferentes de la vida, pero vamos, yo creo que es bueno para el psicoanalista, no sé si como decía Freud de cada 5 años de que hay que hacer una especie de recordatorio, pero tampoco creo que hay que llevarlo como una consigna, las cosas van surgiendo en la vida. (Entrevista 7, p. 601)

Las consideraciones sobre el recorrido personal están hechas de palabras, imágenes y recuerdos que no circulan por un mundo ideal, están inmersos en los contextos en los que tuvieron origen, momentos históricos específicos que dieron forma a los procesos formativos, a las elecciones realizadas y a las experiencias vividas que siempre aportan un estilo propio al trabajo realizado, al clínico también, y que de alguna manera a lo largo del trayecto, siempre estuvieron mediadas por la institución. Y no sólo desde el punto de vista social y cultural, sino como realidad concreta, el trabajo de los y las psicólogas, así como de los analistas pasó en gran medida por la experiencia de atender procesos dentro de las instituciones, ya sea de salud mental, hospitales públicos o diversos organismos no gubernamentales. Desde ellas, estos procesos adquirieron nuevas características, se enfrentaron a retos y dificultades particulares que pusieron a prueba su posición y su ética.

c.8. El trabajo en la institución.

La institución dentro de la sociedad, es en sí misma, un lazo social, agrupa y responde a demandas sociales y culturales específicas como parte de su función política. Es creada a partir de los simbolismos del lenguaje, es decir, de la representación de ciertas funciones que tienen la finalidad de promover la cultura o atender ciertas problemáticas sociales: "...la cuestión del lazo social, en tanto que cuestión, es un juego del lenguaje, el de la interrogación, que sitúa inmediatamente a aquél que la plantea, a aquél a quien se dirige, y al referente que interroga: esta cuestión ya es, pues, el lazo social".⁴⁵³

La institución parte de preguntas, que pasan por el planteamiento sobre la necesidad de su creación, sus destinatarios y los fines que apelan a una legitimación que la mantenga en funcionamiento. Por ello, el trabajo institucional

⁴⁵³ Lyotard, J.F. (1984) *La condición postmoderna*. Madrid: Cátedra ediciones, 2014, p. 38

también lleva su sello particular, pretende dar atención a gran número de usuarios bajo los criterios de la eficacia, criterios en los que fueron creadas para resolver políticas públicas, en este caso relacionadas con la salud mental. Las instituciones de salud mental, como es de esperarse, reúne la diversidad de disciplinas que están relacionadas en este campo y por ende se enfrenta al entrecruce de discursos que buscan su legitimación en razón de una atención integral.

Lyotard, en la condición posmoderna, analiza la legitimación de los discursos que se dan en los juegos del lenguaje y afirma que nadie conoce todas los vericuetos del laberinto, nadie conoce todos los juegos del lenguaje y sus nuevas producciones, por tanto, no hay un metalenguaje que los abarque todos, ni la ciencia y sus instituciones, ni la filosofía, ni ninguna otra disciplina que, a pesar de mantener un saber establecido, lo presenta de modo parcial y, parece que desde ahí, cada una intenta legitimar su propio discurso.

De este modo, las instituciones sociales que entran en relación por sus temáticas y problemáticas comunes, acuden al mismo tiempo a su diferenciación al llevar el nombre de la problemática o del síntoma a resolver. Y, cuando la *institución lleva el nombre del síntoma*, intenta enfocar su acción, objetivar su discurso y legitimar su saber, pero por otro lado, suele fragmentar el discurso subjetivo, es decir, solo se abordan en el trabajo terapéutico, los síntomas derivados la violencia sexual en su caso, pero si surgen otros, aunque estén íntimamente relacionados, como las relaciones de pareja, el rendimiento laboral, la relación parento-filial, entonces hay que derivarlos a otra institución. Y entonces, aunque la pretensión sea una atención integral, termina siendo una atención muy parcial y el sujeto acaba sintiéndose tratado como un objeto.

La psicología, como una de las disciplinas que entra en relación con otras dentro de la institución, se ha adherido al mismo tipo de discurso derivado del discurso médico, es decir, ver la naturaleza humana por partes, de acuerdo a especialidades médicas para cada parte del cuerpo, y del mismo modo, para cada síntoma psicológico, sin tomar en cuenta que la división es más subjetiva que orgánica. En estos casos y en *relación a las víctimas*,

“...a lo mejor lo que es la parte del abuso, que como tal hemos trabajado, pero que salen otras cosas, porque también hay otras vivencias en la vida, o sea quiero decir, que muchas vienen como “no es que he sufrido un abuso y todo me pasa por el abuso”, pues no, eso también es una cosa de las que tenemos que trabajar, no tiene ese poder, entonces sigue trabajando una situación de abuso y luego, yo después le devuelvo que igual hay otro tipo de cosas que se pueden trabajar en otro centro, podríamos trabajar aquí también, a veces cuando hay alguna requiere más explicación, le digo “si yo fuera una psicóloga a la que tu vinieras, trabajaría todo de manera integral”, pero como no estoy en ese centro me tengo que quedar con esta parcela...” (Entrevista 1, p. 514)

Lo que pasa con las temáticas específicas para la atención de ciertos síntomas, como la anorexia o la violencia de género por ejemplo, es que se recortan los síntomas de la subjetividad global de la persona y se crean circuitos especiales o redes de tratamiento, dividiendo aún más la subjetividad con este tipo de patologías. De este modo, se crean instituciones para el control del síntoma, que tienen una dimensión política muy fuerte

...es como el control del síntoma o como a la normalización del síntoma, como es un síntoma que crea mucho escándalo en el caso de la violencia de género, que mueren muchas mujeres, pues ahí interviene la política. Y entonces más que intentar que desaparezca el síntoma, tampoco intenta que se normalice, sino que no se cree un escándalo social, producir los recursos necesarios para que estas mujeres puedan salir de esa condición... creo que a la política le importa un bledo el síntoma, lo que le importa es el control del síntoma y que haya una serie de protocolos y de recursos para que digamos cuando lleguen las elecciones nadie pueda decir que estas mujeres han sido desatendidas. (Entrevista 7, p. 596)

Por otro lado, el nombre de la *institución en relación a los síntomas*, también se retoma en las entrevistas, considerando que, el control institucional del síntoma acaba por fortalecer lo que paradójicamente se desea erradicar.

“Esta asociación se creó hace muchos años, entonces hay cosas como el nombre, el nombre de la Asociación, es peor todavía que el centro, pero claro, hay que entender cuándo se hizo ¿no?, y era un momento en el que había que visibilizar esta violencia... (Entrevista 1, p. 513)

Digamos, ese reforzamiento que se hace nivel social de los síntomas, de ese tipo de síntomas también al final acaban, según mi opinión, en un cierto maniqueísmo,

un poco los buenos y los malos, el machismo y las mujeres ¿no?, bueno son cosas que siempre hay una parte de verdad, es cierto que la sociedad está impregnada del machismo, pero reducir al maltrato a que sea una cuestión de machismo, me parece una simplificación tan burda que me creo que es cerrar el síntoma y lo que pasa es que a nivel social viene muy bien, a nivel de mensaje político, transmitir mensajes tan simples de que hay tantas mujeres que mueren porque hay muchos hombres machistas, me parece que es una catástrofe, que en vez de evitar que haya menos muertes, desgraciadamente se entra en una vida que sin futuro, sin ningún futuro. (Entrevista 7, p. 597)

Lo que resulta de este esfuerzo institucional al atender lo evidente y concreto de los síntomas, es que insertan la manifestación evidente del síntoma en la realidad social y en lugar de erradicarlo lo reproducen y lo refuerzan.

...yo estoy en contra de este tipo de vías, eso ya es como teledirigir a la persona hacia el maltrato, el maltrato es un significante y como todos los significantes es equívoco y multívoco ¿no?, entonces, el objetivo de estos tratamientos es digamos, cerrar el signo lingüístico, dar sentido a ese síntoma, en el maltrato, maltratada puede haber deslizamiento en un síntoma que permite interrogar al sujeto y en este aspecto, por ejemplo la mayoría de las maltratadas se presentan "bueno yo soy una maltratada" y eso está reforzado por un discurso político y un dispositivo social que trata de salvar a estas mujeres... (Entrevista 7, p. 597)

Es decir que, los síntomas etiquetados a nivel institucional al tener un fuerte peso social y cultural, lo tienen también en la subjetividad, promueven sin pretenderlo, la sujeción a una etiqueta legitimada por su discurso y responsable de su devenir, lo que hace que el sujeto no se responsabilice del modo como los vive o de la manera en que contribuyó a su estado, lo cual resulta entonces paradójico, refuerza los mismos síntomas que intenta curar. Se alude a que, en el trabajo interdisciplinar, al ser integral puede abordar todos los lados de la cuestión, pero muchas veces, el cruce de discursos no permite que haya acuerdos donde puedan mediar los efectos que esto puede provocar:

"...el término de víctima también me rechina una barbaridad, pero es el término legal, y está tan relacionado a esto porque es un delito, en la parte legal hay que unificar terminología y criterios, porque si no es una locura claro, entonces va por ahí" (Entrevista 1, p. 513)

Esto sucede en las instituciones que por lo general, toman el nombre del síntoma para difundir sus servicios y legitimar su acción en la contribución al bienestar bio-psico-social de sus consultantes, de modo que el significante de víctima y de agresión sexual, como vimos en los primeros capítulos, contribuyen a afianzar los procesos de identificación subjetiva, la durabilidad sintomática y a obstaculizar la reconstrucción de la subjetividad y de los lazos rotos que pretende reparar.

...la violencia de género que hoy en día nos resalta tanto y que es tan preocupante, es un efecto de grandes tensiones sociales que se expresan como parte de una sociedad que cambia: modelos de familia, de convivencia, de ideología de los roles de género que tienen que enfrentar profundas transformaciones y que muchas personas hayan podido metabolizar el significado de esos cambios. Fuera de estos lineamientos, en la clínica se trabaja con la violencia pues como con cualquier otro problema. Normalmente la violencia es la expresión extrema de algo fallido, de una descompensación, y hay que ver las posibilidades que tenemos de reconducirla o de reelaborarla, otras veces solamente se pueden poner límites y crear estructuras de protección para las víctimas de la violencia, no se puede hacer otra cosa. (Entrevista 5, p. 571)

...pero dentro de los que sufren violencia de género habrá psicóticos, neuróticos, depresiones, perversos, etc., que luego al final, eso sí que es un síntoma más social, también es un síntoma un poco dimensionado y un poco parcial, pues extraer un síntoma, digamos de la subjetividad neurótica, psicótica o perversa, puede conformar una cierta dificultad a la hora de tratar estos enfermos sí ya se presentan por ejemplo, como una persona maltratada o una víctima de maltrato, abordar así el tema es muy difícil porque está muy recortado desde lo social, pero digamos esa mujer maltratada, como los alcohólicos, también es un síntoma, luego habrá que tratarles en su subjetividad, como sujeto... (Entrevista 7, p.585)

Las psicólogas entrevistadas que trabajan en las instituciones decían que en la institución “se hace lo que se puede”, se procura trabajar con lo que la persona es y no con lo que le sucedió, aunque no se trabaje a nivel inconsciente, este proceso de identificación, se hace alusión desde las actitudes conscientes que provocan un estancamiento en la posición de víctima:

“...eso es, tú no eres, tú has vivido, y muchas veces ponemos ese ejemplo, salvando las distancias, es vivir una situación traumática que evidentemente tiene secuelas, pero no eres tú, no tiene que ver contigo y entonces, desde ahí

intentamos ese enfoque para sacarlo de la persona, pero con lo que ocurre en la infancia es más difícil porque la persona ha crecido alrededor de eso, claro". (Entrevista 1, p.514)

El discurso utilizado revela ciertos modelos de atención terapéutica que van creando las distintas corrientes de psicoterapia para determinados grupos de riesgo, una especie de manuales para atender a los que tienen alguna ludopatía o a los que sufren una violencia intrafamiliar o de género, o los que sufrieron abuso sexual, etcétera, que pretenden estandarizar los protocolos o el "saber hacer" de los psicólogos ante cada patología y que, por lo general, se vinculan fácilmente al ámbito institucional, pero que abre la pregunta sobre el encorsetamiento del sujeto a un modelo preestablecido.

...pero vamos esto yo lo veo más bien como un problema. Que el paciente está en función de esos modelos terapéuticos o procedimientos terapéuticos, protocolos terapéuticos que es la palabra que más se utiliza, pero yo creo que debería de ser al revés, es decir que primero está el paciente y sus necesidades, su transferencia, y sus síntomas y luego el protocolo, se puede usar el protocolo, pero no tratar de encajar un paciente en uno determinado, por qué lo de la ludopatía, pues es un síntoma y el propio nombre despista un poco, porque puede haber muchas razones por las que el sujeto se hace ludópata. Muchos de estos tratamientos fracasan... en cuanto es un paciente que no encaja bien, incluso se puede revelar frente a eso que puede actuar como un corsé o una camisa de fuerza. Yo tengo un paciente que se psicotizó y qué es ludópata, juega mucho a las máquinas, lo han intentado llevar varias veces a una unidad de ludopatía en el Hospital Ramón y Cajal, pero le hacen unos test, unas escalas y eso le pone mal, se pone paranoico, además para él, la ludopatía tiene una cierta función, hay toda una significación en relación a su delirio o sea que es muy difícil. Entonces efectivamente le intentan meter en base a escalas protocolos test y su psicosis no encaja, o sea si hablas con él te das cuenta de que es un tema muy complejo, que está insertado del todo en su delirio y además él no está dispuesto a dejarlo, entonces yo creo que desde el psicoanálisis, es más de cuestiones de política institucional. (Entrevista 7, pp. 598-599)

Ante el encorsetamiento del discurso institucional en el tratamiento de la subjetividad, el psicoanálisis ofrece otro tipo de escucha posible dentro de la institución misma, a condición de que se le permita trabajar. En el decir de los y

las psicoanalistas, al no presentarse como especialistas en un síntoma determinado, trabajan con la subjetividad y pueden abordar todos los aspectos de la vida del paciente, pues en este sentido, parten de que la actividad discursiva del analizante requiere de su implicación que le permita el acceso a su propio saber inconsciente en la elección, formación y mantenimiento de sus síntomas, y no su delegación en las instituciones. Lacan definió lo que en sus Escritos es la “rectificación subjetiva”, aquello que acompaña la primera demanda, lo que condiciona la verdadera entrada en análisis, es decir, una rectificación que va de la demanda de una cura originada supuestamente en una causa exterior, a que el futuro analizante perciba su implicación subjetiva en ello.

...hacer un trabajo así, en estas circunstancias límites, es muy difícil, yo normalmente no lo suelo abordar de manera específica a menos que surjan espontáneamente. Es esto que se dice a veces del psicoanálisis, de subjetivar el síntoma, lo que tengo yo que ver con esto que me sucede. Determinados tipos de pacientes que están pasando por un verdadero trauma o que tiene el trauma abierto, porque convivir con un maltratador es horroroso, son unos desaprensivos, luego habrá que ver cómo es que esa mujer se ha conectado con una persona así, hay muchas mujeres que no son capaces, que no pueden separarse de esos hombres... (Entrevista 7, p.596)

Por ello, cuando un psicoanalista trabaja en la institución pública, se enfatiza el tipo de escucha, el síntoma no solo se mira y se evalúa, sino que se escucha en la sujeción a ciertos significantes y en sus múltiples significaciones, en las verdades que esconde y que dan sentido a su aparición.

...en una institución pública... más allá de que sin duda hay que guiarse por determinados objetivos y una estructura que te implica determinados resultados a mí me parece que esto no se contrapone a una escucha, es decir, me parece que la diferencia que puede tener alguien con respecto a un psicoanalista o a alguien que trabaja como psicólogo y que es psicoanalista y que tiene esta formación a un psicólogo que tiene una posición más conductual, es la posición en la escucha, es decir, que la posición de entrada, es suponer, no suponerte el saber sobre el sufrimiento de la persona que tienes ahí, no dar por sentado que has de intervenir para reestructurar, ni modificar nada, sino que hay un otro con su propio sufrimiento o con su propia vida en que se ha visto afectado o transformado cuando tiene un Parkinson o cuando tiene un Alzheimer inicial con determinado tipo de patología

que desde luego hace una postura biográfica y de vida, es decir, lo que hay que hacer es escuchar... fíjate que muchas veces incluso notas que la persona te lo dice: “gracias por escucharme” o yo creo que cuando te hablan de la amabilidad o del gesto que has tenido, es que te dicen “gracias por callarte” es que dejas que se desdoble en la palabra y eso siempre, siempre deja algo... es una posición de escucha del sujeto y no de un objeto de conocimiento sobre el que tú vas a operar para transformar nada y me parece que como psicoanalistas tenemos la ventaja de estar en esto, de colocarse en esa posición. (Entrevista 6, pp.583-584)

O sea que, los objetivos, la estructura, los manuales y protocolos institucionales forman parte de un discurso que, cuando se trabaja en ella, hay que acatar sin cuestionar, y es esto lo grave, no permitir las preguntas que abren el saber establecido a otras posibilidades, es el discurso institucional:

...la cuestión institucional era muy distinto, porque primero, hay un discurso institucional también lo hay, cuando uno trabaja, uno nunca está solo... estás obligado de hacer un informe permanentemente de lo que haces y no puedes decir que lo que haces ahí no está para curar, yo podría cuestionar el término de cura cuanto esté trabajando libre, en la institución no puedo, no puedo cuestionar el término curar, ahí tengo que demostrar que es lo que logró el paciente, entonces es una zona de enorme tensión para el psicoanalista porque todo ahí son negociaciones, tienes que adaptarte sin perder tu propio camino ético y además sin perder tus propias ideas hacia dónde tiene que ir el tratamiento y lo que tienes que hacer, y muchas veces, entran en coalición por ejemplo, el tiempo de tratamientos en las instituciones, porque este es el otro, luego está el discurso sanitario... porque las instituciones sanitarias también se pliegan al discurso médico, a poco que empiezas, la gente empieza a hablar como si fueran médicos, también, para el psicoanálisis es una zona de tensión enorme, así es como yo lo veo... (Entrevista 9, p. 617)

Por otro lado, la institución en su desempeño cotidiano exige también informes de actividades realizadas y, en el ámbito de la salud mental no es la excepción. Las instituciones sanitarias están regidas por el discurso médico que suele ser descriptivo, repetitivo y muchas veces cosificante, donde solo cuenta la palabra del médico y nunca la del paciente:

...y también esos informes estaban teñidos con ese discurso, porque a veces esos informes, los leías y era un mamarracho repetitivo, decir las mismas cosas, decían

si cumplió, si la paciente mejoro el síntoma que trajo, muy cosificante también y muy medicalizado, muy psiquiatralizado porque las instituciones sanitarias también se pliegan al discurso médico, a poco que empiezas, la gente empieza a hablar como si fueran médicos... esos informes andan por ahí y cualquiera los agarra, cualquier cosa y así están las historias de la gente que debían estar mucho más cuidadas, más respetadas... (Entrevista 9, p. 620)

Pero cuando se trata de síntomas donde la subjetividad está concernida, comprometida en todos los ámbitos, es necesario crear nuevas alternativas que tomen en cuenta el discurso del paciente como parte del tratamiento de sus síntomas y, sobre todo, mantener eso:

Por ejemplo, donde incluía que una cosa que la inventé, pero después que me fui se cambió, o sea cada uno, cada maestro con su librito y chao, pero mientras estuve por ejemplo, la historia clínica se hacía incluyendo al paciente, era como una cosa, más una intervención, más que en lugar de describir que fulanito tiene esto y esto, entonces yo le decía, “mira yo escribí esto a partir del recorrido de este tramo”, “yo escribí esto”, y se lo leía, como había venido para mí, que había pasado, como había transitado, “¿usted qué dice de esto?”, la mayor parte de las veces decían que se reconocían en el camino, pero a veces también agregaban por ejemplo, no pongas esto, no quiero que quede en mi escrito esto que yo le conté del abuso, pues no lo pongo, ¿comprendes?, “o agregue esto, yo no se lo dije, pero agregué esto, porque esto también soy yo”, lo agregue, entonces era interesante esa escritura. Después escribí sobre esa cuestión, porque era interesante que fuera un hito más, una palabra más que formaba parte de una historia creada entre dos, que formaba parte un poco más cerca del psicoanálisis si se quiere informar, de formar parte del archivo totalmente medicalizado y además muy peligroso porque la gente no sabe... (Entrevista 9, p. 620)

Pero no solo en las instituciones replican los mismos síntomas que dicen curar, la violencia está en todas partes, tiene muchas formas, algunas sutiles y otras mucho más evidentes, que son parte de la realidad social. Tanto las palabras como los silencios pueden ser violentos cuando se trabaja con el discurso que pretende aliviar el dolor.

... o sea que tú puedes alojar la violencia y el dolor, eso me parece importante o sea que, cuando tú escuchas algo así, tú lo puedes acoger, lo puedes alojar, entonces poco a poco pueden aparecer cosas más terribles, entonces puedes

decirlo... también entonces tenemos que definir la violencia, porque hay tantas formas, pero hay algunas en dónde tú sientes enseguida cuando hay algún exceso que toma la vida, una cosa que tiñera toda la existencia de alguien, como si todo lo demás fuera pequeño al lado de eso, la gente hace cosas distintas con la violencia...

...una imagen, la madre golpeándole la cabeza contra la pared, no una vez, sino muchas veces, es una escena de enorme violencia, en otra escena tomándola en los brazos para suicidarse, pero con ella en los brazos, la niña que vivió todo esto por supuesto, porque la cuestión está en qué es lo que hizo con eso, cómo se significó, cómo se entramó, esa misma madre a la vez, le daba cosas locas totalmente y maravillosas, entonces estoy hablando de una persona que ha tenido, si se quiere, un proceso sublimatorio increíble, no tú no puedes decir que porque haya habido algo espantoso, entonces la vida de alguien vaya a ser espantosa, no puede ser, no es así, no es así, entonces realmente son construcciones muy singulares.

Hoy por hoy, trabajo con singularidades, hay algunos que pueden salir y otros no, y otros que viven paralizados toda la vida por situaciones que aparentemente no serían tan violentas, pero que le han marcado la vida, estoy pensando en otra persona, un analizante que atiende cuya madre, cuando se separa le dice acerca del padre que se fue, le dijo “se fue por tu culpa, se fue por tu culpa”, y solo esa frase es un poco gordo que lo digas, fue tan violenta y tan atrapante en la vida de esta persona, de esta mujer que ya tiene 40 y largos, que no pudo hacer demasiado con eso, casi nada, fijada en cuestiones en su vida amorosa y erótica donde aún interroga eso, aún no disculpa eso, no lo puede entender, demanda y pide que eso no es así, que por favor, que no sea así, se paralizó en su vida, eso ha sido enormemente violento, bueno las palabras también son muy violentas, las palabras, las tramas tiene muchas cosas, ¿qué se hace con esa violencia, que otras cosas hay? (Entrevista 9, pp. 622-623)

De esta manera, cuando el discurso se va entretejiendo para hablar de la violencia, al abordar el trabajo de la *agresión sexual*, fuera de las instituciones, en la *consulta privada*, no es algo con lo que se llega de entrada, sino como efecto colateral de otros problemas. Se entiende que el síntoma es la una evidencia de que algo no va bien, que hay problemas, de que algo no ha estado funcionando en la vida de la persona. En la entrevista con las y los profesionales, reiteran que la agresión sufrida no es el motivo de entrada en análisis, sino el abordaje de la

posición subjetiva que hace sufrir y que tiene como efecto el desencadenamiento de sucesos en los que su integridad se ve comprometida:

...nunca me han llegado por eso, me ha llegado por algún motivo y son gente que te suele llegar con algunos desajustes importantes de comportamiento, que han tenido problemas por todos los lados o con adiciones, pero nunca expresamente por ello... normalmente la mayoría de casos que he encontrado ahí en todo este tipo de historias, solían haber ocurrido en épocas bastante tempranas y todo eso estaba muy sepultado. Hay gente que ha podido llegar a recuperarse de eso de la represión y poder recordar, y otros que ni siquiera porque el tener que trabajar desde una estrategia más de construcción, que porque hay cosas que no pueden, hay elementos escindidos que son irrecuperables. (Entrevista 4, p. 561)

Nunca llegaron con ese motivo de consulta, siempre sale después, estoy pensando no son dos, ahora estoy trabajando con dos, ya llevamos tres, y ni que hablar todas las que escuché con las hermanas oblatas, más en el servicio y además que yo incluyo los casos que, aunque no los escucho yo, son de los colegas que superviso. (Entrevista 9, p. 624)

Cuando los profesionales hablan en específico del *trabajo con la agresión sexual*, también expresan sus impresiones personales y como viven la experiencia de este tipo de acompañamientos:

“pues es un trabajo muy duro, es muy duro por muchas cosas, primero porque emocionalmente es complicado y después, porque socialmente no hay una buena y auténtica cobertura social del caso y entonces, a veces te sientes muy inoperante, tienes muy claro que es lo que habría que hacer y te das cuenta que no se puede hacer, porque sistema judicial es un desastre, es súper lento... no hay tribunales específicos, llevamos pidiéndolos toda la vida, así como hay tribunales específicos en violencia de género, por fin, debería de haber tribunales específicos en el abuso sexual infantil o por lo menos en menores víctimas, sea esto o sea de maltrato, pero que sea un menor la víctima sobre todo menores de 13 años... Las prácticas son muy desastrosas y entonces claro, tú estás ahí reconstituyendo, reestructurando un crío y a su familia, y viene un auto judicial y tienes que empezar de cero otra vez, es súper frustrante, es agotador, pero tras veces es muy bonito, es muy atractivo porque cuando ves que salen adelante, porque al fin y al cabo muchos críos son niños que estaban sanos hasta que pasó el episodio, es decir no es una cuestión de salud mental, es una cuestión de trauma que tienes que reestructurar y cuando ves que salen es muy gratificante.” (Entrevista 2, p. 527)

La multiplicidad de factores que influyen en la agresión sexual, van desde lo familiar hasta lo social, lo que hace intervenir muchos discursos, saberes y posturas para su atención integral, es decir, requiere las más de las veces –en la atención psicológica aportada por las instituciones–, de un equipo interdisciplinar: “fundamental, cada vez que trabajas con lo duro y con lo social también es muy necesario tener ese respaldo, sino te quedas muy cojo...” (Entrevista 4, p.548). Y, aunque no siempre era de manera directa, este trabajo con la agresión sexual puede ser mucho más complicado atenderlo de manera indirecta, cuando la agresión aparece velada:

...violencia sexual sí, nunca generalmente en caliente o directamente, lo he descubierto como el tema de los abusos sociales, sobre todo cuando estuve trabajando con personas con deficiencia mental, ahí hay más de la que aflora a primera vista, yo te diría que he trabajado mucho el tema de la violencia, pero no en la primera fila, no cuando se ha producido, sino en los restos del trauma, en los efectos del trauma. (Entrevista 4, p.560)

Esto hace que en las *instituciones en relación con los profesionales*, no haya una relación de cuidado, es decir, no se cuida al cuidador, no se le facilita su preparación continua, no se les exige un espacio terapéutico para sobrellevar los casos que atienden, se les presupone la salud mental, lo que hace que haya deserción en la atención de casos graves y mucha rotación de personal:

“no solamente no se nos exige, es que no se facilita... aquí la salud mental es como pedirles el valor a los soldados, se presupone y ya está, no se exige, no se pide, no se facilita y no se solicita, lo único que se solicita es un certificado de carencia de antecedentes penales en abuso sexual, y ha empezado a solicitarse apenas hace 6 meses... hay mucha rotación de personal, los que más duran, más o menos 5 años, pero hay gente que incluso dura 3 meses, piensan que va a ser otra cosa, tienen una estructura diferente, se encuentran con todos sus problemas, esa frustración de fuera que te viene, aparte de lo que es el trabajo a solas con la víctima, que es el más gratificante, pero con toda esta problemática añadida familiar, familias que no pueden acudir a la terapia con una periodicidad mínima porque “si no podemos, porque tenemos trabajo...” (Entrevista 2, p. 528)

Además de esto, la serie de factores políticos y económicos en los que está inserta la sociedad en su conjunto, contribuyen la mayor parte de las veces, a que

la espiral sintomática no tenga fin: la imposición de horarios laborales que impiden una atención adecuada, la atención en cantidad más que en calidad, el privilegiar el ahorro que impide designar recursos para el cuidado de los profesionales que atienden situaciones límite, y las ganancias económicas por los servicios prestados, entre otros, hacen que el sistema siga y siga también la espiral de violencia que al mismo tiempo intenta detener.

Por otro lado, en el tema de la violencia, no solo está el aspecto de la víctima, sino también la escasa atención *institucional del agresor*, para quien no hay servicios psicológicos, sino que se limita a remitir a los abusadores, a los servicios de la psiquiatría para ser tratados como enfermos mentales:

“lo mandan con un psiquiatra, que lo trate un psiquiatra como un enfermo, pero como un enfermo mental, cómo se puede tratar una esquizofrenia, es sorprendente, pero así funciona aquí, es el camino para un abusador que quiera reformarse, sé es cosa que a lo mejor el psicólogo te derive también a psiquiatría”.
(Entrevista 3, p. 538)

En el caso de ser menores de edad, se da un breve tratamiento, en el cual, ni los psicólogos mismos aguantan el proceso de trabajo con ellos, siempre queda subordinado a la cuestión legal en juego.

Me ha sorprendido que ya no trabajen con abusadores infantiles, porque pensaba que sí que había esperanza de trabajar con ellos, de hacer terapias de dejar rehabilitada esa persona para que no repita eso y no sea echado como un delincuente, pero veo que ya ni siquiera lo trabajan, con lo cual me imagino que esos chavales abusadores, pues por ejemplo el típico caso de un colegio en que se produzca esto, pues la vía penal, imagino que el colegio o los padres se enterarán denunciarán irán a la guardia civil o a la policía, denunciarán el caso de un abuso y se comenzará un proceso judicial que necesitará del peritaje de un psicólogo, qué cogerá a ese presunto abusador, a la víctima y les hará una entrevista y un peritaje, se determinará si ha sido verdad o no y punto. Y en ese proceso, ya la madre “pues voy a llevar a mi hijo, voy a buscar un psicólogo privado, un terapeuta que puedo ayudarle” y no creo que sea fácil. Sí, esta cosa está así. (Entrevista 3, p. 538)

Si el caso revela cuestiones legales donde hubo alevosía y ventaja en relación al abuso, no es a los servicios psiquiátricos, sino a los servicios judiciales para ser tratados como delincuentes o sin posibilidad de recuperación: “...hay psicólogos

en las cárceles que sí que trabajan, pero ya como eso, como con un delincuente igual que un pederasta o igual que un mayor de edad abusador”. (Entrevista 3, p. 538)

En general, el trabajo institucional en España con respecto a la salud mental, refleja que es insuficiente y que tiene una historia de fracasos no reconocidos, situación que no es diferente de México en este sentido:

Esto se debe al desmantelamiento de la Asistencia Pública en salud mental, por un lado el mito de los fármacos de tercera generación y el fracaso que no reconocen, una caída de toda la sectorización y a un fracaso de la reforma psiquiátrica que se hizo en este país. Algo de eso sí dije en ese en ese artículo que era el punto de partida... quizá se hicieron las cosas muy a medias y “de aquellos polvos, estos lodos”, y luego aquella reforma que se hizo fue barrida muy fácil. Con el retorno de todo el neoconservadurismo desde los años 90, aquello fue barrido muy fácilmente, demasiado fácilmente. Es penoso, hemos vuelto una situación peor que en los años 80, porque yo veo la dedicación ahora, y es abusiva y brutal, se está medicando a los niños desde los 4 años, eso antes no existía entonces, ahora es masivo. (Entrevista 4, p.562)

Como se ve, en el *trabajo en las instituciones* siempre “... hay que pensar si vale la pena estar en las instituciones o no, son ingratas coartan procesos y habilitan otros, pero que es en tensión...” (Entrevista 9, p. 624). Una tensión que deriva en una formación de compromiso y que tiene como todo, esas dos caras, una gran capacidad coartante de la subjetividad, pero también una capacidad potenciadora que es necesario tomar en cuenta. La institución como síntoma social es el único modo de llegar a multitud de gente que de otro modo no tendría la atención que necesita, razón por la cual fueron creadas, entonces, hay que saber hacer algo con este síntoma y potenciar los procesos que se habilitan en ellas, sobre todo las redes.

Cuando hay algo que está, que se necesita por ejemplo, cuando la red simbólica se hace necesario que haya una red real ahí que se junte, no sé cómo decirlo... nadie está solo, pero no solo el que va con su sufrimiento, sino el que lo acoge, uno expone mucho más su palabra con otros, está obligado, entonces se expone, se juega, es que lo que haces, no es sólo tuyo, nunca es sólo tuyo, tú estás en tu consultorio particular si quieres, es cuestión de ética, o no haces, o no lo

compartes, o no escribes, o no piensas, hay mucha gente que hace eso, cuando tú estás en una institución, tienes una obligación, en ese caso se respeta mucho más el derecho del analizante, bueno y lo que ocurra ahí no será cualquier cosa, yo creo que los demás realmente son importantes para pensar y a veces, uno se da cuenta de cosas, posibilidades de derivación, sin exceso, porque otra cosa, la contracara, los pasajes profesionales psi, psi, psi, que vayan de un lado a otro, todo el mundo trabaja y no trabaja nadie, y a la vez tú trabajas, pero te escapas, bueno está así, lo veo un poco yo, pero lo ve otro y lo ve otro, también es una zona de tensión, pero la red que se crea realmente es importante y creo que es eso, son terceridades permanentes, con tensión y riesgo, porque que también son discursos aplastantes permanentes, pero te digo, cuando se pega lo médico y te estás cuestionando si conviene una medicación o no, lo presentas en un ateneo, pero claro, hay que medicar, pero claro, hay que medicar porque aquí está, es la regla numero cuanto y te dice que hay que medicar, pero tú estás a un lado para decir, si hay que pasarlo al psiquiátrico, entonces todas esas cosas coartan, pero a la vez te mantienen en permanente jaque, que es como uno debe de estar cuando se trabaja si se quiere... (Entrevista 9, p. 624)

Desde este punto de vista, el psicoanálisis, como una de tantas opciones terapéuticas que existen en la sociedad y en la cultura, siempre ha tenido gran dificultad para mantener un lugar en el espacio social, las resistencias ante lo que tenga que decir, se manifiestan antes incluso de que haga el intento, la sociedad se encuentra instalada en la condición neurótica del “no quiero saber” sobre las verdades que se esconden detrás de los síntomas particulares, comunitarios e institucionales, por lo que su futuro siempre es difícil e incierto:

...yo creo que sí tiene futuro... pero vamos, siempre complicado, como siempre. Siempre el lugar del psicoanálisis es un lugar al margen, no puede ser perfectamente integrado porque deja de ser psicoanálisis y se convierte en ideología psicoanalítica... El psicoanálisis siempre estará en ese lugar, siempre será un lugar de denuncia del síntoma institucional, entonces aceptado nunca va a ser, pero depende de los psicoanalistas, para que estén ocupando el lugar que tienen que ocupar, que no es el lugar del saber, ni del poder, sino el lugar del cuestionamiento, de la denuncia, de dar la voz al síntoma y eso va a ser siempre molesto, pero es que entiendo que es el papel del psicoanálisis a nivel social. (Entrevista 4, p. 563)

En las teorizaciones sobre los grupos y las instituciones, según Utrilla, se accede al “sentido íntimo de la creación de castas y la organización aristocrática, en donde no se soportan en un mismo grupo ni las diferencias, ni las ideas nuevas, y aún menos las confrontaciones”⁴⁵⁴. Si la institución no soporta la incertidumbre y “el arte del psicoanalista debe ser el de suspender las certidumbres subjetivas hasta que se consuman sus últimos espejismos”⁴⁵⁵, la tensión se hace evidente, pues como tejedor de los enlaces inconscientes de la pulsión sexual, el analista da cuenta de su acto analítico en el caso por caso, donde los síntomas generados por los vagabundeos de la pulsión remiten en cada sujeto a entretejer los productos del lenguaje en el discurso –la fantasía, la verdad y la mentira–, a ubicar la posición en su discurso y su implicación en lo dicho, revelando que la producción final, siempre se tiñe de una singularidad propia, dejando abierta la pregunta para la elaboración subjetiva de cada caso.

Por ello, a lo largo del presente trabajo, se han diferenciado los discursos que se juegan en la atención psicológica. El discurso médico –que tiene un fuerte peso en la psicología– es reproducido de un modo amplio en las instituciones de este orden y, al contrastarse con el discurso del psicoanálisis, se evidencia en éste su modalidad específica en la atención a los síntomas derivados de la violencia sexual, que establece un modo distinto de escuchar lo singular y por ende, una posición distinta del analista en su función.

Al explicar brevemente su marco teórico nacido de la experiencia clínica, presenta los requisitos de los procesos formativos que preceden el arribo a la posición de psicoanalista. Sin embargo, el discurso de los y las terapeutas, así como de los y las psicoanalistas no se enmarcan en un proceso terapéutico, sino en la narración de un testimonio que da cuenta de sus transferencias y de su posición frente a la problemática de cada caso, cuya rememoración puede ser de interés común, simplemente por ser la historia una fuente de aprendizaje y una maestra de la vida.

Al presentarse los diversos discursos que forman parte de esta investigación cualitativa, tanto el discurso del paciente que ha sufrido algún tipo de agresión sexual, como el de terapeuta-analista que lo ha atendido en los diversos ámbitos,

⁴⁵⁴ Utrilla, M. (1998), *Op Cit.*, p. 142

⁴⁵⁵ Lacan, J. *Escritos I*, pag.72

se entretienen presentando el objeto y el problema concretos que los hace singulares y que de algún modo generan su propia teoría. Estos procesos biográficos, de unos (pacientes) y de otros (terapeutas y analistas) actores se presentaron en su diacronía respectiva, lo que les supuso la exploración de lo vivido a lo largo del tiempo de ambos y se transmiten ahora prestándose a la percepción de quien los recibe y los lee, en un intento de transmisión de la experiencia.

El contraste de los discursos ofrece la posibilidad de su enriquecimiento y, sobre todo, de cuestionamiento de un saber constituido que conforma un circuito cerrado para provocar una apertura al desafío, ese que se nos presenta en la búsqueda de formas alternativas para enfrentar la interdisciplina en las instituciones sin perder de vista la subjetividad propia que en cada sujeto hace la diferencia.

7.2. Hablando de tejidos: las estructuras y sus interacciones

Como se ha visto, abordar síntomas derivados del tejido de lo social con lo individual, requiere una amplia comprensión de los factores que hacen estos enlaces. Los profesionales de la salud mental no pueden hacerse a un lado para plantearse la enfermedad, los síntomas y los malestares que atienden solo desde la perspectiva biológica, individual o del núcleo familiar.

Desde esta perspectiva, el psicoanálisis al alejarse un poco de la ciencia médica, se acerca a las ciencias sociales y las ciencias sociales, considerando que pueden beneficiarse mutuamente. Sin una perspectiva clara de las coordenadas de la época, el psicoanálisis podría apartarse de las profundas transformaciones sociales que prestan contexto y causa a muchos síntomas y malestares actuales y, las ciencias sociales sin la teoría psicoanalítica y sus conceptos de inconsciente, pulsión, lógica significativa, y goce, corren el riesgo de extraviarse en los atolladeros de lo superficial y de lo inmediato.

Lacan mismo advierte a los psicoanalistas la necesidad de permanecer en la ética del deseo y de acudir a otras ciencias humanas que colaboren en la comprensión de los fenómenos que atienden:

Sería aberrante aislar por completo nuestro campo y negarnos a ver aquello que, en él, sin ser análogo, está directamente en conexión, en contrato embragado con una realidad que nos es accesible a través de otras disciplinas, otras ciencias humanas, Establecer esas conexiones me parece indispensable para situar con claridad nuestro ámbito, e incluso simplemente para orientarnos en él.⁴⁵⁶

Con todo lo anteriormente expuesto, es clara la estrecha relación que ya Freud en su momento, encontró entre el malestar cultural y social con los síntomas que emergen en los sujetos⁴⁵⁷. Su descubrimiento sobre la experiencia edípica establece las relaciones del sujeto con la Ley, el Otro y el otro, donde se entretejen las consecuencias derivadas de estas relaciones que comprometen la subjetividad.

“Cabe conjeturar que bajo el imperio de la moral sexual cultural lleguen a sufrir menoscabo tanto la salud como la aptitud vital de los individuos, y que a la postre, el daño inferido a estos últimos por el sacrificio que se les impone alcance un grado tan alto que por este rodeo corra peligro la meta cultural última”.⁴⁵⁸

Es decir, las represiones de lo sexual y sus desviaciones, así como las actuales manifestaciones del amor, se ven desviadas a tal grado en la cultura actual de consumo, que los sujetos no son tales, sino objetos de goce para el otro, desvirtúan los lazos sociales, provocan sintomatologías y patologías que alejan a los sujetos de su propio deseo y de los vínculos sociales.

Si bien hoy estamos ante una sociedad en crisis, el desafío de la clínica en sus diversas formas ante la emergencia de nuevos síntomas, ha de contemplar el tratamiento de lo sexual no solo en su dimensión genital, sino en su dimensión de deseo, de don y de relación, atención que remite a una escucha cuidadosa, que no solo considere la adaptación como demanda social, sino que ponga en cuestión la posición subjetiva de quien se enfrenta a las problemáticas sociales

⁴⁵⁶ J. Lacan. (1956-1957) “Las relaciones de objeto”, *El seminario*, Libro IV, p. 252

⁴⁵⁷ Cfr. Freud, S. (1930) El malestar en la cultura, *Op. Cit.* Vol. XXI

⁴⁵⁸ Freud, S. (1908) La moral sexual ‘cultural’ y la nerviosidad moderna. *Op. Cit.* Vol. IX

actuales, es decir, todos los individuos que en continua relación han de equilibrar todo lo referente al amor y al trabajo.

Las estructuras clínicas derivadas de la experiencia edípica, abordadas en el capítulo 4 del presente trabajo, se plantean como hipótesis para transitar los caminos de elaboración y reconducción del deseo. Así, la perversión y la neurosis, son dos estructuras clínicas que se encuentran constantemente en interacción en la vida social. En psicoanálisis, no se piensan estas estructuras en sí mismas, como enfermedades que se padecen o que afectan a los sujetos, sino que apelan a dos posiciones subjetivas distintas que el sujeto decide inconscientemente y cuyo dinamismo depende de las múltiples interacciones entre el deseo y el goce que cada sujeto se manifiesta en sus síntomas.

Como se ha abordado, el deseo perturbador por el que atraviesa cada sujeto tiene que ver con su primera experiencia pulsional y su interrelación con los padres como primeros objetos de deseo. Experiencia pulsional está enraizada en la repetición, se cimienta en el principio del placer, partiendo del cuerpo como su origen, deambulando por los objetos para su satisfacción y teniendo como meta homeostática el placer que cancela la tensión corporal.

La interacción del sujeto con sus progenitores como primer gran Otro y la intervención de la Ley que lo separa de ellos, lo introduce en la dimensión simbólica de la falta que hace emerger el deseo y, que como experiencia subjetivante, tiende a obturar la falta del Otro, manteniéndose en la pregunta por su deseo, pregunta que determina su posición, sus síntomas y la elección de su neurosis.

Retomando estos caminos, el el sujeto no quiere saber nada sobre la imposibilidad de ese deseo perturbador de ser el falo para la madre, reprimirá todo lo que tiene que ver con la castración, con la Ley y tomará el camino de la neurosis. Este camino hace surgir síntomas bajo el trasfondo de la duda y de la culpa, se constituyen como formación de compromiso entre el deseo reprimido y el principio de realidad en el que se mueve el sujeto. Pero si en el camino no se experimenta la separación que impone la Ley respecto de la madre y se constituye en su objeto fálico, el sujeto en ciernes no emerge con deseo propio, sino alienado en el deseo materno, entrará entonces en la psicosis. Estos dos

caminos son posiciones opuestas, no intercambiables, pero que pueden compartir síntomas desde su posición estructural. Y, si el sujeto reconoce que su deseo perturbador no es posible y, a sabiendas de la Ley que le separa de la madre, decide inconscientemente constituirse en su falo para taponar su falta, deniega la posibilidad de la castración y transitará por el camino de la perversión.

Las distintas posiciones subjetivas frente a la castración delimitan los caminos del deseo y condiciona los vínculos que se crean en los lazos sociales. Las experiencias del sujeto neurótico en su relación con el Otro y los otros, representadas en y por el lenguaje, le permiten intentar simbolizar lo que provenga de un suceso traumático que roza lo Real. Las fluctuaciones del sujeto entre sus vínculos y sus síntomas, entre su deseo y su goce presentan un dinamismo que da la posibilidad de interacción entre estructuras.

Cuando el principio de realidad no se ve afectado, las interacciones entre la perversión y la neurosis, suelen ser violentas para el sujeto neurótico, cuyo traumatismo le hace cuestionar su relación con la ley que le constituyó y le ubicó en su deseo. Por un lado, la posibilidad del goce sin límite, que el neurótico fantasea y que el perverso actúa como denegación de la castración, producen en el primero un suceso de orden traumático, ya que, negar la carencia que impulsa su deseo le provoca angustia, que la falta no falte es lo que derrumba de algún modo sus posibilidades de simbolización. Si no falta nada en el Otro (A) no hay posibilidad de un lugar en su deseo, lo que le orilla a la no existencia, a la no representación, a la angustia que provoca lo no simbolizable. Aquí se anida el trauma imbuido en la experiencia de lo Real.

En los diversos tipos de violencia sexual especialmente en la experiencia incestuosa de los casos presentados podemos conjeturar la interrelación de las estructuras psíquicas en cada tipo. Cuerpo violentado que arrastra consigo sus marcas de goce, mismas que se desplazan en sus síntomas y dejan en la psique rasgos perversos en la neurosis

En los *casos de violación*, de acuerdo a la experiencia clínica con estos sujetos, pueden interactuar sujetos neuróticos cuando de parte del agresor, el suceso es espontáneo o poco frecuente, entonces responde a una repetición, que de alguna manera borra un recuerdo previo de agresión sexual en la infancia. Y

de parte del sujeto agredido, impera una posición pasiva de recepción, sumisión respecto al Otro, donde no hay posibilidad de defensa o donde la elección entre el acto y la vida orillan al sujeto a acceder al acto violento. Pero cuando es la perversión la que interactúa con la neurosis, el agresor vive las agresiones como *modus vivendi*, no puede estar sin repetir el asalto a los límites y por ende a los sujetos, plantándose como garante de su goce, esta repetición también responde a configuraciones de su historia particular y a la configuración de su estructura psíquica que parte de ella. Este es el caso de los violadores en serie y de los pedófilos.

En los *casos de abuso sexual* en la infancia, el agresor generalmente ha sido un familiar y, si su acto es esporádico, aunque incontrolable en el momento, surge también de una neurosis, donde la repetición borra un recuerdo previo de abuso infantil sufrido. Aunque el argumento de la repetición puede ser descreído por intentar justificar una agresión que se realiza con alevosía y ventaja, de acuerdo a los términos legales en la atención interdisciplinar⁴⁵⁹, no se puede generalizar, y si cabe la posibilidad, cuando la culpa se escurre y se instala en el agresor que sufre su falta de contención. El acto y la culpa como un pago por la agresión misma, es un modo de infligirse un castigo por haber permitido ser abusado y por abusar a su vez de otra persona. En todos los casos, el sujeto agredido en la infancia depende, como cualquier sujeto, de su relación con el Otro, ante cuyo posible rechazo, accede a la seducción que se ha desplegado de diversos modos o la amenaza que infunde el temor a las consecuencias que podría tener una negativa, y que por otro lado llega a ser improbable debido a la correlación de fuerzas, tanto físicas como psíquicas entre ambos sujetos.

En los *casos de incesto*, generalmente la interrelación estructural se da entre la perversión y la neurosis, así como la interacción entre estructuras perversas. En el primero de los casos, el hijo o hija accede por temor a no ser querido por el padre, por haber sido sometido a la fuerza o por desconocimiento, donde la seducción no plantea límites generacionales, provocando confusión en la estructura misma del parentesco. Cuando la interrelación es de perversión a perversión, el goce de ambos sujetos se instala sin consideración alguna, colocando al menor en medio de su goce. Esto se revela en muchos casos donde

⁴⁵⁹ Cfr. Anexo. Entrevista 2, pp. 509-510.

la complicidad entre padre y madre perversos abusan del menor, creando así un triángulo donde las ganancias de placer y goce se distribuyen en la pareja adulta y el único que pierde es el hijo.

Lo que el psicoanálisis cura, no es precisamente lo invariante de la estructura, sino lo invariante en la posición subjetiva, promoviendo la posibilidad de un movimiento subjetivo capaz de crear nuevos lazos a partir de los síntomas. Se trata entonces de desplegar la historia de la neurosis infantil, de desarmar, de desenredar las condiciones del síntoma y producir cortes en las identificaciones que permitan el acceso del deseo propio que lo hace sujeto y no objeto del goce del Otro.

Así, como en banda de Moebius, el saber hacer del analista en la escucha se enlaza al final de proceso analítico con su destitución subjetiva en su acto, el des-ser del analista que aparece más como una revelación, que como una producción —pues estaba velado mientras ocupaba la posición de Sujeto Supuesto Saber en la transferencia—, en tanto pueda realizarse como una práctica lógica que tendrá que ver con anudamientos de deseo y desanudamientos de goce. Por lo que, más que trastornos a eliminar, se trata de una expresión singular del padecimiento a procesar donde la hipótesis permanente de las estructuras clínicas, sirve para mostrar la condición del sujeto dividido.

Sin embargo, en todo este proceso, no podemos desconocer los efectos sobre la subjetividad del discurso de la posmodernidad, que exalta la perpetua novedad, la evitación del dolor y el derecho a las satisfacciones inmediatas, así como la concepción de salud y armonía del discurso médico que ofrece soluciones rápidas y eficaces con el apoyo de los fármacos. Donde la ética médica encuentra su límite —el sujeto del inconsciente—, es ahí donde el psicoanálisis inicia su recorrido para "hacer" algo con lo que no conviene de un real que no cesa de insistir, algo que lleve a una nueva creación donde se conjugue una narración nueva con lo singular del goce, en donde el sujeto pone a prueba otra forma de vivir el lazo social.

Esto le supone el desafío de proteger la verdad como un acontecimiento singular, que no es extensible en ningún caso a lo universal, para que, sin pretensión moral alguna, mantenga su orientación hacia el trabajo con lo real que

aparece en el sufrimiento del ser hablante. Y, en el intercambio con esos discursos, pueda instaurar un diálogo con las fronteras del psicoanálisis, quedando por esclarecer la pregunta ¿epistemología de fronteras o diálogo interdisciplinar?

En el trascurso de su enseñanza, Freud y Lacan hicieron la vinculación de los síntomas con el malestar en la cultura de su época, esto se tradujo en una política del psicoanálisis política del síntoma que siempre intenta localizar al sujeto y sus modos de vinculación social. De aquí se abren las preguntas sobre las posibilidades de renovación de los vínculos sociales, ¿nudos con los lazos rotos o enlaces nuevos?, hacer algo con los síntomas es intentar otro tejido, donde los enlaces nuevos no excluyan la acción reparatoria de los nudos que se han hecho con los lazos rotos, desde lo individual y su incidencia en el ámbito de lo social, en una interacción en espiral, donde no hay exclusión mutua sino integración y mutua influencia.

a. Lo de menos: los síntomas y sus enlaces

¿Por qué lo de menos? Esta pregunta recae en ese ir y venir de las manifestaciones estructurales de los síntomas y los enredos psíquicos que se generan cuando se interrelacionan, cambian las posiciones, se mueven los sujetos, las decisiones se hacen imprevisibles, y las ilaciones teóricas del psicoanálisis cuestionan el concepto de curación, y de sus intentos de respuesta solo emergen más preguntas ¿Qué sucede cuando un neurótico interactúa con el perverso en la cotidianidad?, ¿cómo se influyen en las mutuas elaboraciones fantasmáticas y en los deseos que determinan sus posiciones? Del mismo modo, el discurso psicótico que aparece como desvío en lo social, no solo se queda en las instituciones, sino que permea las angustias y las expectativas de los sujetos que interactúan.

Ciertamente, la clínica médica que procura la eliminación de los síntomas, se detiene cuando se topa con los fenómenos transferenciales que a modo de resistencia impiden la curación de los mismos, por lo que su sola consideración no alcanza a rozar siquiera la causa del sufrimiento psíquico que los sustenta. Es entonces que se hace necesario, promover la apertura de su discurso y de su saber constituido, a las preguntas que pueden enriquecerlo y mantenerlo abierto a

la relación con otras disciplinas. Es ahí donde la clínica psicoanalítica comienza, en el trabajo de las manifestaciones de la transferencia que subvierte el saber constituido sobre los síntomas que trata.

Si bien el psicoanálisis también inició su trabajo con el síntoma y sus posibilidades de eliminación, el descubrimiento del saber de lo inconsciente, le permitió a Freud ir más allá de ello. Al considerar que la presencia constante y metonímica del síntoma era condición para la articulación del deseo, arribó a la conclusión de que la intención del trabajo analítico no es eliminar los síntomas, sino servirse de ellos al igual que de la transferencia, es decir, el síntoma le sirve al sujeto para recordarle su carencia estructural, que le revela y le confiere al mismo tiempo, la responsabilidad en los modos elegidos para su goce y así constituirse en un sujeto deseante.

Asimismo, el tratamiento analítico no excluye que en el proceso, tienda a disminuir la angustia que acompaña la intensidad del síntoma cuando éste pasa por la palabra y que sus desplazamientos sean cada vez menos intensos y más manejables por el sujeto, de modo que disminuye también el sufrimiento de quien que lo porta, sin embargo, un análisis “no debe ser empujado demasiado lejos. Cuando el analizante piensa que está feliz con su vida, ya es bastante”⁴⁶⁰.

Es por ello, que uno de los aportes del psicoanálisis sobre la curación, es que el sujeto goza de sus síntomas y por ello, la curación de los mismos no puede sustentarse como un ideal. Ya Freud lo reveló en un inicio al hablar de las ganancias secundarias de los mismos, afirmando que lo que puede conseguirse en el análisis es que el sujeto sea consciente del sentido de sus síntomas, del saber que revelan sobre su deseo y decida qué hacer con ellos.

Lacan añadió que hay en los síntomas una veta imposible de simbolizar, que va más allá del sentido y que incluso desbordan de un sinsentido que revela lo que hay de real en ellos, por lo que la cura, confronta siempre al sujeto con su sus formas de goce y lo hace responsable frente a su deseo.

Es así como los síntomas son lo de menos, pues éstos siempre se desplazarán, no dejarán de existir nunca, nos lanzarán siempre a una búsqueda de verdad, de sentido y de creación, ya que su expresión incluye los particulares

⁴⁶⁰ J. Lacan. Universidad de Yale 1975

modos de sufrimiento y goce en cada sujeto, y que, al hacerse poesía incluso, abandonamos toda ilusión de generalizarlos o de construir un patrón para descifrarlos, para aprender a vivir con su enigma mientras haga lazo, tal cual como canta Silvio Rodríguez:

*“...lo de menos son todos los secretos que intuyo, huelo y toco y siempre
te respeto...lo de menos es larga soledad, lo de menos es cuento
corazón...lo que menos importa es mi razón, lo de menos incluso es tu
jamás...”⁴⁶¹.*

Síntomas individuales y comunitarios, personales y sociales en interacción constante: depresión, alcoholismo, fibromialgia, herpes, por nombrar algunos citados como parte de los malestares que se sufren... que, junto al apremio social de la rapidez de la época y los imperativos del mercado, lejos de desaparecer con las recomendaciones farmacéuticas propias de la ciencia, tienden a mantenerse, desplazándose de uno a otro, como Freud lo constató y sigue ocurriendo.

Los síntomas aunque sean graves, son lo de menos, se amortizarán, se paliarán o disminuirán, pero siempre existirán y serán el nudo que se hace entre las demandas sociales y los deseos subjetivos. El movimiento social a su alrededor puede hacer un llamado a la urgencia de solución en la ciencia sin conseguir resultados permanentes, o manteniendo la ilusión de que el desplazamiento de un síntoma signifique que se ha eliminado y se encontrará la solución del que sigue, ilusión de haber dado logros a la ciencia en su eliminación.

La fragilidad de los vínculos humanos⁴⁶², remiten a la falta de garantía y a lo efímero de los lazos que se establecen, oscilando como en un péndulo, de lo establecido a lo escurridizo. Lo establecido intenta asegurar el poder preventivo del conocimiento, pero se le escurre como el agua lo imprevisible de las vicisitudes subjetivas que intenta controlar, y donde las manifestaciones sintomáticas lo debilitan y lo hacen carecer de la fuerza y la consistencia de lo sólido. Fluidez y peso, escurrimiento y solidez, ambas características de los

⁴⁶¹ Rodríguez, Silvio (1998) “Lo demás”, en Descartes.

⁴⁶² Bauman, Z. (2005) *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: Fondo de cultura económica.

acontecimientos actuales que se suceden con rapidez, pero con el peso aplastante de las realidades donde la construcción subjetiva se ve amenazada.

b. Lo demás: el deseo y sus vínculos sociales

Los atropellantes cambios sociales a modo de “sálvese quien pueda” ¿serán acaso cambios paradigmáticos en la sociedad actual? La no permanencia en lazos sociales, la rapidez de su formación y su evanescencia, ¿deja algo al sujeto que se ve movilizado a la rápida transformación social? Paradójicamente el empobrecimiento de los vínculos deja rastros de cohesión anhelada en la creación de redes de todo tipo, redes sociales, redes de información, redes... la cuestión es si propiciarán la posibilidad de sostenerse subjetiva y responsablemente en los encuentros.

Es junto a los síntomas sociales, que aparecen también sus posibilidades de elaboración y, porque los síntomas y los lazos sociales se determinan mutuamente, cada síntoma revela la afectación de un tipo de lazo social con su posibilidad de anudamiento, y cada ruptura de lazo social se manifiesta en los síntomas que genera.

Si lo de menos son las manifestaciones del síntoma que convocan al encuentro con el sentido y el saber que los sostiene, también convocan a la gestación de sujeto en su enunciación a articular en la palabra su deseo. Fue en la invención de la “cura por la palabra” y la “asociación libre” como método, Freud planteó la “curación” como la puesta en acto del inconsciente y el ámbito de la verdad del sujeto en la que el síntoma juega un papel importante en la economía psíquica del sujeto. Desde aquí es que el psicoanálisis se pronuncia como propuesta y se limita a recibir a quien dice tener un síntoma, porque si lo dice será que lo tiene, y si lo tiene no se valorará si es objetivo o no, ni su medida o su importancia, pues ningún método puede objetivar el sufrimiento, salvo el método que deja hablar al que lo padece.

Casi al final de su vida, en 1937, Freud habla de las construcciones en psicoanálisis,⁴⁶³ mismas que permiten una nueva forma de estructurar el devenir histórico del sujeto, como una de las tantas formas de representaciones y de

⁴⁶³ S. Freud. “Construcciones en Psicoanálisis”. *Op. Cit.* Vol. XXIII. Amorrortu

deseos, donde la verdad de cada sujeto sobre sus formas de gozar disminuya su sufrimiento, sustente su creatividad y fomente la posibilidad de nuevos enlaces que produzcan una reorganización y un cambio en el analizante.

Si articular el malestar en la palabra y poner en palabras el dolor conlleva el compromiso con la propia posición subjetiva frente a lo que se vive y se sufre, “apalabrar” consistirá entonces “lo demás”, pues las palabras dirán los intentos de enlazar el deseo que se traduzca en lazo social, que permita a la “objetividad” permearse de la “subjetividad” de quien dice enunciarla para acceder a los deseos más profundos del sujeto en la vida, en los que no se excluye su relación con los otros. Articular el deseo en la palabra incluye un movimiento moebiano, de un adentro y un afuera integrados, donde el deseo subjetivo se hace exterior, y es también *éxtime*⁴⁶⁴ como diría Lacan.

Este movimiento moebiano, integra la soledad subjetiva con el lazo hacia el otro, vínculo que se torna creativo y la mayor parte de las veces tiende al amor. Las relaciones del sujeto con el Otro y con los otros, conllevan lazos sin los cuales se anula el deseo. Es la pregunta por el deseo del Otro lo que lo mantiene en movimiento, en búsqueda de respuestas y alternativas a los conflictos, donde el lazo amoroso se presenta como el mayor atenuante de la intensidad de la angustia. El lazo amoroso se afirma cuando es capaz de renunciar al espejismo de la unidad, cuando está despojado de envolturas narcisistas y se dispone a la contingencia del encuentro en una renuncia al fantasma de la completitud. Amor comprometido con el propio deseo responsable y actante en la sociedad actual, que no excluye su relación a lo sexual y cuyas prácticas forman parte de una manifestación cultural inevitable que revela al mismo tiempo muchos de sus malestares.

La violencia social actual revela el fracaso de la ley de la convivencia social en la cultura. En particular, la violencia sexual constituye una situación límite que compromete la subjetividad y se revela como el reverso de las formas del amor, alteración de los lugares y de los lazos que trastoca los vínculos y lo íntimo de los sujetos y, por tanto, requiere del bordeamiento de la angustia que produce. Esclarecer la posición de los sujetos en el encuentro violento, implica no solo un

⁴⁶⁴ *Supra*, p. 4.

proceso no solo reparatorio, sino la asunción responsable de los modos de goce que se despliegan. Los caminos subjetivantes a través del amor pueden parecer poco “objetivos” y nada “científicos” en la búsqueda de respuesta a los problemas sociales y los síntomas que emergen como su efecto, sin embargo, la valentía del amor se mide, no por su objetividad sino por su virtud de reconocer, lo que en el otro se nos presenta bajo la forma de la diferencia, y aun así ser capaces de acoger esa otredad, característica del amor que se pone a circulación a cambio de nada,

*...es la prenda de larga soledad es la prenda de cuanto corazón,
lo que menos importa es mi razón, o de menos incluso es tu jamás
mientras cante mi amor intentando atrapar, las palabras que digan,
las palabras que digan, las palabras que digan lo demás...*⁴⁶⁵

c. Y en las alternativas, ¿epistemología de fronteras o interdisciplina?

Nuevos lazos, vínculos, ¿para qué? Para plantear los desafíos en lo que se hace llamar “del bienestar social”, para mirar con ojos críticos, la diversidad de demandas que lo circunscriben y la multiplicidad de ofertas sociales que se proponen para darlo. Es imposible ignorar esta circulación de propuestas que aparecen en el mercado de las soluciones al malestar social, que desde los distintos ámbitos culturales llegan a la sociedad que los consume y, no es la excepción el llamado campo de la salud mental, donde la diversidad de terapias, remedios, rituales, filosofías y creencias, se ofrece en un extenso abanico para paliar el sufrimiento humano, “terapias y soluciones para todo y para todos”.

Sin embargo, en el caso de la violencia y en específico, de la violencia sexual, las soluciones se extienden desde la ley y las ciencias de la salud — medicina, psiquiatría, psicoterapia—, el psicoanálisis y el derecho como herramienta legal. Las diversas psicoterapias conocen la exigencia del discurso social de ser productivo, de consumir lo que ofrezca felicidad y, la mayor parte de las veces suelen proporcionar una respuesta desde la realidad, ámbito imaginario que procura obturar el vacío.

⁴⁶⁵ Rodríguez, Silvio, *Ibid.*

Con esta demanda social, se presenta el reto de cuestionar los modos de adaptabilidad esperados al observar con frecuencia, una sociedad enferma que delira en la imposición de diagnósticos y tratamientos. Pero, como hemos visto, es un arma de doble filo, que desafía al equilibrio entre la institucionalización del síntoma, el significante de víctima y la posición a-responsable del sujeto que carga con su etiqueta diagnóstica, y el aprovechamiento del síntoma de la institución para potenciar la responsabilidad por la posición ante los síntomas que se generan.

El surgimiento de nuevos síntomas en la época actual⁴⁶⁶ y su entramada complejidad psíquica, que en el mejor de los casos procura los enlaces de lo imaginario con lo simbólico, bordeando la angustia de lo real, es ya una razón suficiente para alertar y promover otra dimensión al cambio que proponen, no ya desde la adaptación del sujeto a las exigencias culturales de la época, sino desde la fluidez hacia un movimiento que transite el vacío y desde ahí se construyan los vínculos, apertura a la posibilidad de que el sujeto se pregunte por su participación y se responsabilice de su posición subjetiva frente los síntomas que se eligen, frente a los malestares que la cultura impone, más que destacar el papel de ser víctimas de ellos y frente a sus formas de goce.

Esta continua emergencia sintomática en su diversidad, plantea por tanto un doble movimiento, hacia afuera para cuestionar aquellas demandas sociales y culturales que lejos de reducir el malestar lo acentúan y hacia el adentro, en el interior de las diversas prácticas clínicas que alertadas de ello, se abran al diálogo interdisciplinar que tome en cuenta la complejidad, tanto psíquica como de la realidad actual y sus múltiples entramados en el desarrollo de los síntomas, es decir, que tome en cuenta las particularidades de cada sujeto, su historia personal, su realidad psíquica, su contexto social y su inserción en la cultura y promuevan cambios que incidan en la construcción de vínculos sin obturar los vacíos de donde surgen⁴⁶⁷, para promover sus posibilidades de interacción responsable.

⁴⁶⁶ Cfr. Castro, S. M. (2014) "El malestar social y sus síntomas. Desafío para la clínica actual", en *Zohn Muldoon, T. (Coord) La psicoterapia frente al bienestar y el malestar*. Guadalajara, Jal: ITESO; Universidad Iberoamericana; León, Gto y Puebla, Pue. México.

⁴⁶⁷ *Ibid.*

En el abordaje de los casos sobre violencia sexual, como en muchos otros casos delicados por las implicaciones subjetivas, tanto del terapeuta como del consultante, la importancia del nudo formativo de las y los profesionales antes de acompañar la progresiva conciencia del sujeto violentado, constituye un imperativo ético, así como la clara conciencia de la diferencia entre el diálogo interdisciplinar, el tratamiento multidisciplinar y pluridisciplinar –acerca de lo que se ha escrito bastante–, así como sobre la disposición a una epistemología de fronteras que se presenta como un complejo entramado a comprender.

En sus investigaciones sobre el pensamiento complejo Denise Najmanovich habla de la complejidad, no como un mero ampliamiento del foco conceptual, sino como una apertura a habitar nuevos territorios existenciales donde se acceda a nuevas configuraciones y producciones de sentido. Esto hace necesaria la no exclusión de la tradición en el proceso transformador, sino su inclusión como condición de posibilidad. En la consideración de la violencia, la complejidad social y los múltiples factores que la generan, impelen a la continua revisión de sus perspectivas teóricas y sus abordajes prácticos a fin de no divorciar los afectos de los pensamientos y a los sujetos ni de sus síntomas, ni de su entorno.

Las perspectivas teóricas sobre el tratamiento de la violencia sexual van desde las ciencias sociales hasta las ciencias de la salud con las que interactúan y en su proceso de desarrollo, de creación y especialización disciplinar, se han fragmentado como disciplinas formales debido a los diversos niveles de estructuración y complejidad que las diferencia, y que dan por resultado el circuito cerrado de su saber establecido.

El *tratamiento multidisciplinar* es una modalidad de vínculo donde cada disciplina tiene su propio cuerpo teórico y metodológico, y su proceso de especialización va hacia adentro de sí misma. Trabajan de manera colaborativa en el tratamiento, pero no se modifican, ni se enriquecen con otras al hacerlo, como expresa Mattei Dogan, "el enfoque multidisciplinario es engañoso porque propugna la división de la realidad en diversos fragmentos"⁴⁶⁸, ya que cada

⁴⁶⁸ Dogan, Mattei. (1997) ¿*Interdisciplinas*? Revista Relaciones. N° 157. pág. 16 -18. Montevideo. Citado en: de Perini Laura, La intervención interdisciplinaria en Salud Mental: lo que la Ley no

disciplina aporta individualmente una respuesta a la problemática que las convoca, no hay cambios en sus estructuras conceptuales, ni operativas y tampoco existe un intercambio entre ellas. Una variación de este tipo de trabajo es el *pluridisciplinar* en el que cada disciplina, aporta su especificidad, existe un intercambio recíproco y se coopera en el proceso de resolución de la problemática junto con las otras disciplinas, no de manera separada y sus respuestas pueden agruparse como alternativas nuevas que generen acciones para solucionar la problemática que las convoca.

De acuerdo a las entrevistas tenidas con los y las profesionales que atienden los casos de violencia sexual, lo que sucede en el tratamiento institucional de la violencia sexual, es un trabajo *mutidisciplinar*, pues los protocolos de actuación hacen pasar al sujeto violentado por distintos dispositivos: policía, atención medica hospitalaria de urgencia, derivación psiquiátrica y/o psicológica, así como atención legal, cada atención por separado y sin cooperación conjunta. En ocasiones, se da el trabajo *pluridisciplinar* entre los abogados y los psicólogos que atienden un caso específico que se ha llevado a juicio, pero si no hay denuncia, no hay trabajo pluridisciplinar a nivel institucional. Esta diversidad de intervenciones genera la pregunta por la posible invasión violenta de la diversidad discursiva sin considerar el proceso y la reconstrucción de la subjetividad en los sujetos aquejados. A nivel de consulta privada, puede hablar un trabajo pluridisciplinar, cuando hay una coordinación entre psiquiatra y psicólogo respecto de un caso, entrecruce discursivo que aporta la especificidad de sus propios campos de actuación en torno a la evolución del paciente.

En ambos casos, se trata de la relación entre disciplinas, ante lo que Najmanovich aporta una visión clara sobre el modo de abordarla:

Consideramos que el primer paso consiste en reconocer las diferencias, no para integrarlas, sintetizarlas o producir una nueva totalidad más abarcadora, sino a aprender a navegar en la diversidad, dando lugar a que aparezca un

acontecimiento, una nueva metáfora que nos lleve hacia nuevos espacios cognitivos o que enriquezca nuestro paisaje actual⁴⁶⁹.

Es decir que, la relación entre las disciplinas en torno al tratamiento de la violencia sexual se da de hecho de manera colaborativa en las instituciones y pocas veces de manera cooperativa, más desde lo multidisciplinar que de lo pluridisciplinar. A cuestión provoca otros desafíos al introducir la pregunta por la diferencia en las implicaciones en cuanto a la interdisciplinariedad, la transdisciplinariedad y la epistemología de fronteras.

Uno de los principales retos en la atención terapéutica de la violencia sexual es promover una amplia formación para los psicoterapeutas, así como una mayor información para su definición en la posición que toman frente a la problemática que tratan. Los abordajes de los distintos enfoques teórico-prácticos que —desde la psicología y la psicoterapia— han ido constituyendo la psicoterapia integrativa, también han apoyado la atención del problema de la violencia desde el aspecto consciente del individuo, enfocándose en la definición del destinatario y su contexto, es decir, la persona violenta y su grupo, la persona violentada y su entorno⁴⁷⁰, pero todo esto ha sido a nivel *intradisciplinar*, hacia adentro de la disciplina psicológica con el riesgo incluso, de que el multi-enfoque, deje de lado la adecuada fundamentación de su práctica y de su ética, lo que hace de la responsabilidad de la formación continua y la auto formación un desafío constante al que es necesario responder.

En la relación de la psicología con otras disciplinas, se plantea la interdisciplina como un encuentro dialógico con otras disciplinas, manteniendo la lógica interna de cada una. Tamayo y Tamayo ha definido la interdisciplina como un *conjunto de disciplinas conexas entre sí y con relaciones definidas, a fin de que sus actividades no se produzcan en forma aislada, dispersa y fraccionada*⁴⁷¹. Esto requiere del trabajo conjunto de diversos especialistas en torno a una problemática común, que mantengan una necesaria apertura y postura crítica y

⁴⁶⁹ Denise Najmanovich (2008) "Interdisciplina: riesgos y beneficios del arte dialógico" en *Mirar con nuevos ojos. Nuevos paradigmas en la ciencia y pensamiento complejo*. Buenos Aires: Biblos, p. 95.

⁴⁷⁰ Cfr. Castro, G. (2013) "La interdisciplinariedad en la atención a los casos de violencia sexual", en Zohn Muldoon, T. (Coord) *Psicoterapia y problemas actuales: debates y alternativas*. Guadalajara, Jal: ITESO; Universidad Iberoamericana, León, Gto y Puebla, Pue. México.

⁴⁷¹ Tamayo Y Tamayo, Mario (2004) *Diccionario de la investigación científica*, México: Limusa.

autocrítica respecto de sus propios marcos conceptuales y metodológicos, lo que pone en juego la problemática del poder, no solo entre las diversas disciplinas, sino también al interior de cada una, ya que, en sus especializaciones, el conocimiento tiende a ampliarse y muchas veces se hace difícil el deslinde de la especificidad entre unas y otras. Esto conduce a traspasar sus fronteras al transitar de un territorio a otro, por lo que es necesario encontrar una distancia y una proximidad óptima entre ellas, convocadas por el objeto de estudio común.

Otro desafío lo constituye el trabajo clínico en la institución que —como se mencionó anteriormente— generalmente se da de un modo bidimensional, que implica el abordaje de las causas y las consecuencias del fenómeno en lo que concierne al sujeto durante un mismo tratamiento para evitar que las múltiples intervenciones disciplinares, que en lugar de ayudar continúen dañando la subjetividad de quien consulta⁴⁷². El abordaje multidisciplinar quedaría así circunscrito a la investigación más comunitaria y social que individual, como apoyo a la comprensión e investigación sobre estos fenómenos.

El desafío de trabajo interdisciplinar requiere nuevas miradas, la apertura a la epistemología de fronteras que promueva nuevas preguntas en la búsqueda de alternativas de solución frente a un fuerte problema como es el incesto, evento que generalmente no es denunciado, pero que forma como parte de las problemáticas de violencia sexual que se vive en muchos países y que han pasado —en gran escala— del ámbito privado al social⁴⁷³.

Considerar el componente del pensamiento complejo en la interacción cognitiva, puede contribuir a la producción de nuevos conceptos y nuevas teorías donde “solo una práctica dialógica continuada y sistemática permitirá la emergencia de categorizaciones que den sentido a nuestra experiencia del

⁴⁷² Cfr. Castro, G. *Op. Cit.*

⁴⁷³ *El Informe nacional sobre violencia y salud* de 2006, afirma que el estado de Jalisco figura entre los cinco primeros estados con mayor índice de violencia sexual en México. Recuperado: en abril del 2016. http://www2.paho.org/mex/dmdocuments/pub_informeviolenciamx.pdf. Y la ONU alerta sobre el alto grado de impunidad frente a los delitos sexuales en México. Recuperado: abril de 2016. http://internacional.elpais.com/internacional/2016/04/20/mexico/1461131104_909411.html, Instituto Nacional de las Mujeres, Secretaría de Gobernación, ONU Mujeres (2014) *Violencia Feminicida en México, aproximaciones y tendencias 1985-2014*. Recuperado de la internet en abril de 2015. http://www2.unwomen.org/~media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2016/02/violencia%20feminicida%20en%20m%C3%A9xico%20aproximaciones%20y%20tendencias%201985_2014.pdf?v=1&d=20160418T214527

mundo en este principio de siglo”⁴⁷⁴. Sin embargo, aún con todos estos esfuerzos, se está lejos de una *Transdisciplinariedad* que logre “construir un lenguaje híbrido y una epistemología nueva, es decir, que establezca una visión estratégica común consolidada y un proyecto de transformación consciente y creativo con metodologías alternativas viables y alto nivel de solución de problemas concretos”⁴⁷⁵, pues esto implica la construcción de un sistema total que no tuviera fronteras rígidas entre las disciplinas donde se abandonen dejen de ser relaciones para transformarse en integraciones que surjan como una cualidad nueva, favorecida por el dominio que tengan los sujetos sobre el objeto sometido a tal estudio. En el terreno de la integración dicha del saber, el proceso iría de lograr la premisa del diálogo multidisciplinar y concretar luego las acciones de aplicación a niveles más complejos como los de la inter y transdisciplinariedad.

Cuando se trata de problemas sociales de gran escala y sobre todo de aquellos que rozan la intimidad subjetiva como en el caso del incesto, habrá que considerar la advertencia de los riesgos de descuidar el discurso individual del sujeto implicado, por lo que surge la pregunta: ¿es la interdisciplina en estos casos, una apertura a la epistemología de fronteras o es un riesgo de olvido del sujeto? Parece importante no perder de vista este cuestionamiento.

El gran reto para el terapeuta es aprender a valorar las diferencias como una riqueza y no como una amenaza a su posición teórico-práctica y al modo de abordaje del actor en cuestión, ya sea la persona violenta o la persona violentada. La riqueza de cada enfoque consiste en una visión parcial que siempre puede ser complementada por otras visiones y el reto del diálogo enriquece la visión de la realidad y la eficacia en la intervención. El terapeuta abierto al diálogo con otras disciplinas en el caso de la violencia sexual, permite ampliar la visión, cuidando que los otros discursos no invadan el propio del sujeto en cuestión.

Uno de los desafíos más importantes para la psicoterapia y su relación con el enfoque interdisciplinar es la apertura a la revisión de los aportes de la sociología en todo lo referente a los grupos y la sociedad en general, como parte del contexto en el que los individuos eligen comportamientos que se enlazan con

⁴⁷⁴ Najmanovich, *Ibid*, p. 95.

⁴⁷⁵ Martínez Álvarez, F.; Ortiz, Hdez. E.; González Mora, A. (2007) *Hacia una Epistemología de la Transdisciplinariedad*. Revista de Humanidades Médicas Vol.7 No.2. Camaguey, Cuba.

los de los demás, creando realidades problemáticas o culturalmente valoradas, dependiendo de los tipos de elección realizada. Las contribuciones teóricas de la filosofía que entre otros aportes, cuestiona las razones de los sujetos para elegir, construir el conocimiento, acceder al saber y a la verdad, así como poner de manifiesto lo que la verdadera polis desea de los sujetos que la conforman, como ciudadanos libres que construyen una sociedad más justa. Del mismo modo, los aportes del psicoanálisis en lo referente al necesario nudo formativo para el conocimiento la estructura psíquica y la dinámica de lo inconsciente en el manejo de los síntomas y de la transferencia en el tratamiento.

Los profesionales de la salud mental no pueden por ello, permanecer al margen de los acontecimientos sociales, pues aunque sabemos que los sujetos eligen sus propios vínculos ya sea que tiendan hacia la vida o hacia la muerte, actúan de maneras contradictorias, que ponen en pugna los intereses divergentes y, aparecen esos jalones internos y externos que llamamos síntomas, esos dolores personales, comunitarios, sociales y culturales que van calando en la realidad social y que pone en entredicho la fortaleza de los lazos creados, la congruencia de los ideales planteados y los frutos cosechados de siglos de tradición cultural y social. El tejido social se ve rasgado y la interacción de los saberes intenta diagnosticar lo que sucede al cuerpo social.

Sin embargo, como bien dice Marinas (2008), la anomía, la violencia, la desvinculación, la inmunidad resultan dimensiones urgentes para pensar, dialogar y profundizar en las alternativas y, aunque siempre nos resulte difícil diferenciar entre lo tuyo y lo mío en el reparto disciplinar, podamos tender puentes de entendimiento y acciones conjuntas.

Desde el psicoanálisis, el cuestionamiento va de la *interdisciplina* a la *epistemología de fronteras* que permita la revisión de sus fundamentos teóricos en diálogo con otras disciplinas. Freud mismo nunca dudó en adoptar el modelo médico o buscar modelos explicativos en otras áreas, utilizar metáforas aportadas por la literatura, la filosofía, las artes o la religión, incluso propuso para la formación del analista el estudio de otras disciplinas.

“...la enseñanza analítica abarcaría disciplinas ajenas al médico y con las que él no tiene trato en su actividad: historia de la cultura, mitología, psicología de la

religión y ciencia de la literatura. Sin una buena orientación en estos campos, el analista quedaría inerte frente a gran parte de su material”.⁴⁷⁶

Lacan tampoco dudó de emplearlas, incluyó las enseñanzas de la lingüística, los modelos de la geometría y la matemática para la explicación de la topología y la dinámica psíquica, dialogó con el arte, la filosofía, la sociología y la antropología para explicar la naturaleza de lo inconsciente.

Sin embargo, el psicoanálisis, a pesar de tomar en cuenta las profundas transformaciones sociales y los desafíos de la interdisciplina y la epistemología de fronteras, no admite la disolución de sus principios ni reciclajes, los principios éticos del psicoanálisis no son negociables puesto que forman parte de su trama fundamental y sin ellos, la práctica analítica pierde su esencia, su forma, su especificidad y su sentido, o lo que es peor, su ética. Por lo que, apuesta por el deseo y su trayecto sin atajos y no promete al sujeto la felicidad que busca ni la satisfacción con la que sueña. Recibe quienes la autopista de la objetividad científica no les convence del todo y a quienes prefieren la aventura de la terracería y del empedrado del viaje subjetivo, que implica aprender a arreglárselas con los recursos propios, es decir con el propio síntoma a través de los antiguos y enigmáticos poderes de la palabra, cuyos efectos son siempre incalculables.

Por ello, pone en cuestión —debido a su atención de la subjetividad en el caso por caso—, el sostenimiento constante de un equipo de trabajo interdisciplinario en una institución y apuesta más por contemplar *momentos interdisciplinarios* de confronten y enriquezcan el saber de un solo profesional que se asesora en las diversas disciplinas y con ello pueda protegerse al sujeto de las intervenciones fragmentadas de los variados discursos y saberes que lo someten su escrutinio cuando es mirado desde el saber ya constituido por cada disciplina.

Solo *momentos interdisciplinarios* donde se mantenga activa la fluidez en el intercambio de contenidos y saberes de las disciplinas implicadas que dialogan en la atención a un caso clínico. Aún hoy, se idealiza la posibilidad del funcionamiento armonioso de los equipos interdisciplinarios, lo cual es difícilmente alcanzable con el constante riesgo de “objetivizar” al sujeto, hacerlo su objeto en

⁴⁷⁶ Freud, Sigmund, "¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis?" Op. Cit. Vol. XX, p. 230

lugar de darle su lugar. Es el sujeto quien puede acceder a su verdad escuchando su propio discurso en análisis y acceder, si lo desea, a la comunicación con su médico, con su abogado, con su psiquiatra si lo considera pertinente, solo desde aquí puede hablarse de un sujeto responsable de su propio tratamiento y del profesional cuando el caso lo amerite⁴⁷⁷.

Es tiempo de avanzar, de intentar comprender, siguiendo ese tiempo lógico presente en la formación analítica continuada y continua, en la transmisión del psicoanálisis en el diván como acto analítico y en el aula u otros espacios como acto docente, en el entretejido de la realidad social y la práctica clínica, donde en cada sesión el acto analítico puede crear enlaces, anudamientos que sostengan al que ahora sufre, para que lo de menos sea el síntoma y lo demás los vínculos contruidos en su proceso como sujeto.

⁴⁷⁷ Cfr. Castro, G. (2013) "La interdisciplinariedad en la atención a los casos de violencia sexual", *Op. Cit.*

CONCLUSIONES

*“Pasado el tiempo para comprender el momento de concluir,
es el momento de concluir el tiempo para comprender.
Porque de otra manera perdería su sentido”⁴⁷⁸.*

Hemos llegado al momento de concluir. El sofisma utilizado por Lacan para la explicación del tiempo lógico, nos señala que el momento de concluir significa un acto, un hacer con saber, momento de responsabilidad subjetiva. Pero antes de concluir, los *tiempos de suspensión* del sujeto cobran suma importancia antes de su acto, constituyen los momentos de reflexión, la duda que se revela “como el desarrollo subjetivo de una instancia en el tiempo[...] que permiten reconocer en él un verdadero movimiento lógico”⁴⁷⁹. Es decir, las instancias del tiempo son parte de la vida misma, permiten el paulatino movimiento del sujeto en análisis y también otros procesos personales, profesionales y sociales, donde la conclusión se deriva de una decisión y de un juicio en el que retorna el movimiento de comprender de un modo distinto, el recorrido que llevo a dicho acto.

El presente trabajo que ha combinado en su diseño, los momentos del tiempo lógico en su elaboración con la metáfora del tejedor y su oficio, donde los movimientos en el tejer representan los movimientos subjetivos hacia un saber sobre la propia verdad y el trayecto realizado. Por ello, ha partido de las roturas del tejido social, donde la violencia constituye una de sus mayores rasgaduras, hasta su reparación a través del anudamiento y de los nuevos enlaces que pueden realizarse en su reconstitución, a fin de aterrizar en la clínica de la violencia sexual a partir de casos concretos y de modos de abordaje distintos: la psicología y el psicoanálisis.

⁴⁷⁸ Lacan, J. (1945) El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. Escritos 1, México: Siglo XXI, 1998, p. 196.

⁴⁷⁹ *Ibidem*, p.193.

El instante de la mirada.

En el primer momento del tiempo lógico en el presente trabajo, hemos mirado y analizado brevemente como la subjetividad de la época se encuentra inmersa en una realidad desafiante, cuyo contexto se ve permeado por múltiples formas de violencia que constituyen las rasgaduras del tejido social. Entre ellas emerge la violencia sexual que, como evento traumático, se origina en el entramado de lo pulsional con el malestar cultural existente en la actualidad.

El *capítulo primero*, ha empezado por plantear el contexto social como el origen de los síntomas que tienen que ver con la violencia y diferenciar los términos bajo los cuales se realizara el análisis de los contenidos. Nociones de síntoma, enfermedad, diagnóstico y tratamiento, así como las diferencias entre la medicina, la psicología y el psicoanálisis, como disciplinas que tratan con el sufrimiento humano. Se ha realizado un breve recorrido por algunos síntomas que aparecen en la clínica de manera constante y que confirman ser efecto del enlace del contexto social con la posición subjetiva de quien los sufre.

Por otro lado, analizar el papel de la institución en el tratamiento de los síntomas, ha desembocado en la hipótesis sobre la institucionalización del síntoma que en su proceso de tratamiento es erigido como institución social, por lo que se propone una comprensión psicoanalítica del lenguaje que se utiliza. Esta propuesta afirma que los significantes determinan las identificaciones subjetivas y, en este caso, la concepción de víctima se convierte en un significante que deslinda al sujeto de la propia responsabilidad frente a lo que le sucede, frente a la emergencia de sus propios síntomas, dejándosela a la institución social.

Por ello, se plantea el desafío de cuestionar el papel del sujeto y de la institución, en la emergencia y el mantenimiento de los síntomas que pretende eliminar, cuestionamiento que necesariamente ha de pasar por aceptar la sujeción al lenguaje, y en este caso, al significante “víctima”, por ende, a los procesos de des-victimización, donde el tiempo de la comprensión en el proceso permita la asunción responsable de la propia posición frente a la emergencia sintomática, y posibilite el movimiento subjetivo hacia el acto posterior de

desamarre, de desidentificación respecto de los significantes que lo sujetan, hacia un acto responsable en la creación de nuevos lazos.

En el *segundo capítulo*, ha abordado la construcción del saber que se da desde los casos clínicos y obedece a una triple finalidad: la construcción de un caso a partir de las diversas posturas y finalidades, la diferenciación de la clínica de la escucha y la transmisión. En el caso de la violencia y en específico la violencia sexual, se ha mirado y contextualizado su abordaje institucional donde se reúnen los diversos tratamientos en una dimensión multidisciplinar, incluyendo el psicoanálisis.

Se ha abordado el paso de la psicología al psicoanálisis como una continuidad en el tratamiento de casos de violencia sexual, mismo que ha llevado al des-enlace de ambas disciplinas para su abordaje, y desde el psicoanálisis, su tratamiento pretende ir más allá de lo síntomas manifiestos para escuchar con cuidado el saber contenido en los síntomas que se pretende eliminar. Con ello, se afirma que el psicoanálisis —lejos de explicar todos los fenómenos sociales—, proporciona algunas herramientas para intentar comprender lo que sucede con el sujeto que se encuentra inmerso en una realidad que le rebasa y de la que al mismo tiempo es co-partícipe responsable en su desenlace.

Se comprende que el surgimiento de nuevas teorías ha formado parte de los intentos por responder a estas nuevas realidades, mismas que exigen a su vez, nuevos elementos y herramientas para su manejo. Mucho se ha hablado sobre los efectos sintomáticos de los constantes cambios sociales en la subjetividad, sin embargo, respecto de la violencia sexual en particular, la literatura existente tiende a un abordaje antropológico, sociológico y psicológico desde el punto de vista de una adaptación funcional que se inserta en la colectividad social en la construcción de la cultura, pero no desde la reconstrucción subjetiva. Este proceso que permite el *enlace moebiano* del adentro con el afuera, en los múltiples escenarios donde tiene lugar la progresiva constitución subjetiva, en un movimiento lógico que la lleva más allá de sus límites, se da el saber que emerge de la clínica psicoanalítica en el caso por caso y que provoca el derrumbe de las certezas de un saber constituido, para generar nuevas preguntas que desafían a una epistemología de fronteras, más que al trabajo interdisciplinar, sin perder la especificidad de su aporte en la reconstrucción de los vínculos sociales.

El tiempo de la comprensión.

Al entrar en la segunda parte que abarca el segundo momento del tiempo lógico, hemos abordado y desarrollado tres puntos principales: la historia del oficio del analista y los requisitos de su formación, una sección de herramientas teóricas y técnicas que fundamentan el ejercicio, así como su posición en la dirección de la cura.

El *capítulo tercero* se ha centrado en un momento histórico para desarrollar la naturaleza del oficio del psicoanalista y sus orígenes. Esto nos llevó a revisar la posición del analista que, desde Freud y sus primeros descubrimientos, está en relación a la transferencia y las dificultades de su manejo. En la elaboración de la teoría sobre la transferencia, Freud consideró la contratransferencia como un obstáculo y una resistencia del analista, pero no llega a desarrollarla como una teoría, pero podríamos considerar sus escritos técnicos como una elaboración sobre lo que consideraba la posición adecuada para el analista en el ejercicio de su clínica.

El breve recorrido sobre las elaboraciones posteriores de las escuelas post freudianas de psicoanálisis sobre la contratransferencia, constató ser un intento de respuesta ante las preguntas y dificultades generadas en el manejo de la transferencia, mismas que hicieron evidente la necesaria consideración sobre el lugar del analista en el proceso analítico. La crítica que realizó Lacan respecto a la posición del analista desde la contratransferencia y su retorno a Freud, fueron el impulso hacia el origen, hacia la teoría de deseo para replantear su posición siendo fiel a los preceptos del psicoanálisis en su abordaje de lo inconsciente.

Como consecuencia, hubo que considerar la formación del analista, su proceso de llegada a ese lugar, —preocupación constante tanto para Freud como para Lacan—, donde el tiempo lógico opera también en los distintos momentos de la transferencia hasta llegar a su posición en la dirección de la cura. Se plantea el surgimiento de los requisitos en la formación del analista: el análisis personal, la formación teórica y la supervisión de casos, a través del contraste de algunas teorías referentes a la posición del analista, constituyen nudo formativo, que a modo de nudo borromeo es indispensable para todo el que desea ejercer la función de psicoanalista, y se propone este nudo formativo para el psicólogo en general y quienes trabajan con el dolor y la subjetividad.

En el *capítulo cuarto*, se resaltó la importancia de la consideración de las fuentes freudianas que marcan su objeto de estudio y se hizo una selección de los conceptos principales del psicoanálisis que constituyen su telar y el fundamento de su acción. Este recorrido ha partido de la metapsicología elaborada por Freud para la comprensión de aparato psíquico, la hipótesis de sus orígenes, la importancia del atravesamiento del Complejo de Edipo y su influencia en la sexualidad y en el dinamismo psíquico en la construcción de la subjetividad humana. Desde aquí se han retomado los tres momentos de su elaboración sobre el origen de las neurosis —trauma, seducción y fantasía— como un enlace necesario en la experiencia de la violencia sexual, especialmente abuso e incesto, donde aparecen como ordenadores conceptuales que resultan inseparables — como el nudo borromeo— para el entrecruzamiento de la teoría y la praxis en los casos.

La continuidad de Freud en Lacan, ha pretendido mantener la fidelidad que requieren los conceptos freudianos en el marco conceptual del psicoanálisis. La necesaria distinción de los registros del lenguaje —imaginario, simbólico y real—, que derivan en el original nudo borromeo que Lacan propone, ha sido un aporte que retoma los orígenes del inconsciente en el lenguaje, tal como lo planteó Freud, a la vez que abre la posibilidad de nuevos nudos borromeos en la teoría.

De este modo, surgen preguntas que quedan abiertas en la consideración de enlaces que constituyan nuevos nudos borromeos en los conceptos teóricos, por ejemplo, ¿es la diferenciación entre necesidad, demanda y deseo que se establece en relación al propio cuerpo, al Otro y al otro, otro nudo borromeo?, ¿es uno o son dos? Sean uno o dos, se entretajan en el trayecto de la reconstrucción subjetiva de modo inseparable, al igual que otros conceptos originados en Freud como inhibición, síntoma y angustia que remiten en Lacan a la Ley, al deseo y al goce, donde los enlaces moebianos⁴⁸⁰ entre el placer y el dolor, el goce del síntoma, el dolor y la verdad, entre otros, fluyen continuamente y de forma evidente en los casos, razón por la que la continuidad Freud-Lacan, ha sido útil en la comprensión y construcción del saber que emerge de los dos casos que se presentan en los siguientes capítulos, y que igualmente, sirven para la comprensión del sujeto sexualmente violentado e inmerso en el contexto social

⁴⁸⁰ En referencia a a Banda de Moebius, *supra*, p.4.

que le provoca malestar —en el mejor de los casos— y sufrimiento cuando lo insoportable permea la experiencia de vivir.

Aunque los aportes de Lacan a la teoría del deseo dieron cuenta también de su propio deseo en la transmisión del psicoanálisis, remiten invariablemente al deseo originario de dicha transmisión, el deseo de Freud, ese que lo promovió en la invención del psicoanálisis, el que lo hizo perseverar en un serio y constante autoanálisis y el que lo mantuvo en la escucha de sus pacientes. Así que, de modo retroactivo, en el *capítulo quinto*, se aborda el deseo de Freud, ese deseo que funcionó como soporte, como sostén y dirección en la cura de sus casos clínicos, el que da testimonio de esa posición que Lacan caracteriza como “deseo del analista”, cuya concepción y teorización viene después de la experiencia.

Sucede que la teoría solo se había forjado para los descubrimientos anteriores, de modo que todo está por rehacer, aun lo que concierne al deseo [...] Esto nos impone una suerte de salto retroactivo si es que queremos señalar aquí lo esencial de la posición de Freud respecto a lo que sucede en el campo del inconsciente. [...] Y mi mención de la sed de verdad que lo mueve es una simple indicación para seguir la pista que nos permitirá preguntarnos en qué consistió la pasión de Freud.⁴⁸¹

Considerando el carácter retroactivo en la elaboración de la teoría nos atrevemos a decir que en el psicoanálisis, la mayor parte de la enseñanza en este campo se da de la misma manera, desde el aprendizaje *après-coup* del proceso analítico —ese que se da al final de un análisis, que como acto remite nuevamente al momento de comprender— hasta la importancia del lugar del analista a partir de su ejercicio en la clínica y la elaboración teórica que parte de ella.

Así, este recorrido se ha caracterizado por un cierto anacronismo de los textos donde se han retomado textos de Freud y de Lacan principalmente en un ir y venir sobre los mismos para resaltar la importancia de la escucha particular del psicoanálisis. Desde Freud y su deseo, cuyos reflejos dan testimonio del desarrollo de esa pasión por la verdad —compartida muy de cerca por Ferenczi que resaltó la teoría de trauma, y que lejos de dejarla de lado se incorpora en la concepción lacaniana de lo real—, que hizo posible la invención del psicoanálisis, y que se

⁴⁸¹ J. Lacan, “El inconsciente y la repetición”, en *El Seminario*, Tomo XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, Paidós, Buenos Aires, 1984, p. 42.

retoman como el fundamento de todas las aportaciones posteriores y del arribo de Lacan a la teoría sobre el deseo del analista.

El momento de concluir

En la tercera parte, luego de haber desplegado los elementos que forman parte de los momentos de la mirada y de la comprensión del tiempo lógico en el presente trabajo, se llega el momento de concluir. Los eventos traumáticos inmersos en el contexto social y la generación de sufrimiento como efecto de los lazos rotos, conducen a dos posibles formas de hacer con los síntomas, que de cualquier manera, constituyen una satisfacción sustitutiva: o como inhibición paralizante que no repara ningún vínculo o lazo social y se estanca en el goce, o como búsqueda de alternativas en los modos de subjetivación a fin de sobrellevar la realidad en la articulación del deseo. De esta manera, en el *capítulo sexto*, en la transmisión del saber que se construye a partir de ello en los casos, se aborda el acto analítico como una manera de pasar por el dolor del goce para concluir en la renovación de los vínculos que tiendan al deseo.

Al explicarse previamente los fundamentos teóricos que subyacen dicho acto, se intentó explicar desde ellos, el abordaje psicoanalítico del cuerpo violentado a raíz de dos casos de incesto, en cuyos historiales se han articulado aportaciones de Freud y de Lacan para su comprensión, para la reestructuración psíquica en la dirección de la cura y sobre todo para la restauración de los vínculos, cuya posibilidad de volver a anudar esos lazos, pasa por la articulación del dolor con la verdad, trayecto que roza la angustia y el goce, y que conduce a diversos modos de subjetivar el deseo como su alternativa.

En la exposición de estos historiales se juega el recorrido de la experiencia, y la conexión de los conceptos expuestos hacen evidentes algunos nudos que explican su lógica: el nudo formado por el trauma, la seducción y la fantasía, constituye el enlace necesario de la relación de sujeto con el Otro en la pregunta por su deseo. Esta relación otro-Otro se tiñe se momentos de negación, de la alienación que se produce en los procesos de identificación y de la repetición gozante del dolor, donde convergen la pulsión de muerte y la angustia ante lo ominoso de la experiencia incestuosa. Así, el enlace de la pulsión y el

goce en los cuerpos violentados remiten a la posibilidad de transitar al anudamiento del dolor, la verdad y el deseo como alternativa ante la angustia en el abordaje de la violencia sexual.

Desde aquí queda abierta la pregunta sobre lo que se consigue en un análisis. El psicoanálisis nunca se ha pronunciado por recetas para la felicidad, ni por la, tantas veces debatida, normalización de los sujetos, se pronuncia más bien, no sólo por iniciar un camino en el sentido que guarda el saber de esos síntomas, sino lo que el sujeto puede hacer con ellos. Ya que para Freud, el síntoma no se elimina ni se cura del todo, queda como un resto, como una pérdida necesaria, marca de la castración que permite el acceso a la cultura, y por ende, al malestar que provoca. Pero la incurabilidad del síntoma demostrada en el proceso analítico, le otorga al sujeto atravesado por el lenguaje, la posibilidad de arreglárselas con él: utilizarlo a su favor, simplificarlo, aceptarlo como su división subjetiva y crear nuevos vínculos a partir de él. Una vez calmado por las satisfacciones sustitutivas que se alimentaban de sus fantasías inconscientes, descubre que el alivio de su dolor no depende del Otro, sino de los momentos conclusivos donde se ponen a prueba acciones encaminadas a su deseo. La cura freudiana adquiere una dirección que va de la inhibición al acto, que pasa por los síntomas y va del mundo de las fantasías al acto subjetivante.

En principio, el contexto determina la forma del síntoma, su envoltura formal que resulta fundamental para la cura, lo que significa insertar el hilo del síntoma en el lazo social en el que se manifiesta y seguir su trayecto hasta descubrir en su paso sus efectos creativos. El recorrido realizado en relación a la presentación de síntomas derivados de la violencia sexual en particular, se concretaron en el acto analítico, en el ejercicio clínico de la escucha del sujeto en su discurso particular, entretejido de experiencias, repeticiones, identificaciones, fantasías y decisiones que recortaron el acontecimiento de su construcción subjetiva y develaron la irrupción de lo inconsciente. Este trayecto subjetivo muestra que no todo es programable —ni las asociaciones, ni las intervenciones, ni las interpretaciones, ni siquiera las construcciones—, pero que su develamiento verifica el fenómeno de la repetición de una paradójica satisfacción del dolor que se ha querido evitar.

Así, el trayecto transitado con las pacientes y el saber que de él emergió, implicó volver a recordar para reconstruir —camino distinto de que se sigue en las psicoterapias— es decir, desandar el camino, bordear la angustia, “apalabrarla” lo más posible, no para callarla, sino para que emerja el síntoma, para encontrar el enigma de su sentido y trasponerlo en una inhibición controlable para el yo. De este modo, hay movimiento en la posición subjetiva, de un no saber a un saber sobre el propio padecer, de una des-responsabilización sobre la angustia y el síntoma a una progresiva responsabilización sobre él, de modo que el sujeto hace un nuevo lazo con él, inmerso en la constante interacción de las estructuras clínicas, intentando formar vínculos menos dañinos consigo mismo, sus semejantes y su entorno.

Estos recorridos se dieron no solo desde la perspectiva del trayecto del analizante que ha sido violentado en su intimidad hasta el límite, sino también desde la perspectiva, la presencia y la posición del analista en su acto, que hablan de su propio recorrido en la escucha. Por ello, en el *séptimo capítulo* del presente trabajo, se ha reunido la voz de psicólogos y psicoanalistas que han atendido este tipo de casos, su discurso constituye en sí, recorridos éticos que entretejen el saber que emerge del discurso del analizante, con el que emerge en el acto analítico y los procesos que le preceden.

La realidad social, los distintos tipos de escucha ante el sufrimiento humano y la complejidad de sus tratamientos, desafían al psicoanálisis a considerar lo que se propone como los *momentos interdisciplinarios* en su interacción con otras disciplinas para ir más allá de sus fronteras.

Ante la realidad social de difícil comprensión, en la que se enlazan los psiquismos y sus movimientos vinculares, el psicoanálisis también tiene algo por decir, pero no por sí mismo, sino en el enlace que se efectúa en su epistemología de fronteras, donde lo que tiene que decir a cerca del ser humano, teje sus límites y los dialoga con la filosofía, con la antropología y con la sociología para acceder a la complejidad del pensamiento contemporáneo donde, lo multifactorial está en juego de manera constante, fluida y sólida a la vez.

La escritura de esta tesis inició con la inquietud de un recorrido y un deseo de saber, por lo que su conclusión es solo una estación en el camino, y ante ello,

nuevas miradas y perspectivas se asoman siempre para continuarlo. Un nuevo paso tendría que ver con la construcción de saber en la clínica y con su transmisión:

- A través de las llamadas supervisiones o control de casos, de los que siempre emerge un saber particular enlazado a sus referentes teóricos y su posibilidad de enriquecimiento.
- La apertura al diálogo en las fronteras del psicoanálisis para pensar la realidad social, la atención a los síntomas que genera y la transmisión de ese saber, cuyos dispositivos van desde los ateneos clínicos, cárteles o grupos de estudio, así como espacios informales de intercambio que aún no forman parte de la formalización académica, ni tampoco son objeto de análisis y trabajos académicos respectivos.
- El trabajo sobre la violencia sexual en particular, desde el ámbito del psicoanálisis no se ha constituido en un tema formal de investigación y son casi inexistentes los trabajos académicos al respecto, por lo que se abre una implicación en la interrogación de sus acciones en el enlace de teoría y praxis.
- El trabajo analítico comprometido en el análisis social y vinculado a la dinámica comunitaria que permita la continuidad en la construcción de este saber a la luz de la continua transformación de los lazos sociales.

1. Psicólogos

Entrevista 1:

GC: Buenas tardes, la finalidad de la entrevista es poder compartir sobre la experiencia clínica y sobre los efectos de lo que se espera de un trabajo terapéutico con algunos pacientes que sufren agresiones sexuales al final del proceso, y no solamente eso, sino también, los cambios que se han producido en el terapeuta que los ha atendido en su proceso. ¿Cuánto tiempo tienes trabajando en esta institución?

MA: Llevo aquí 10 años, este año los cumpla en la atención terapéutica, prácticamente desde los inicios, antes entrar aquí estuve un año y medio en una unidad de especialización de trastornos de conducta alimentaria y enseguida entré aquí, entonces llevo aquí ya 10 años en el mismo sitio.

GC: ¿Porque elegiste tú la psicología? **Motivación**

MA: pues yo lo tenía claro desde que era adolescente, la verdad es que siempre lo tuve claro, no te sabría decir muy bien porqué, pero quería aportar algo, había cosas que no me gustaban y como adolescente, en ese momento en que tienes tus ideales y tus cosas, pues quería aportar algo y me encontré con personas que me dieron un poco esta idea por el campo de la psicología. Por mi perfil, entiendo que me verían que me iba bien y en realidad es que siempre lo he tenido tan claro, que la verdad, no me lo he preguntado, siempre he tenido muy claro que he querido ser psicóloga y fue así, de hecho, cuando había que elegir la carrera puse en las tres opciones psicología en la Complutense o sea que me dije “es mi camino, me tienen que coger”. Y así fue menos mal.

GC: ¿Cuál ha sido tu proceso de **formación** hasta ahora?

MA: pues mi proceso de formación es largo, creo que uno tiene que estar muy formada, en esto no se puede parar de formar. Yo estudié los 5 años de carrera, enlacé con un máster de psicología clínica y de la salud en la Complutense, continué con otro de violencia de género, en la Universidad de Comillas, por aquel entonces entraba aquí yo, después de este Máster inicié un máster de Psicología Forense en el Colegio de Psicólogos, porque ya trabajando aquí me di cuenta que lo jurídico era muy importante y bueno, en la carrera no te preparan para eso. Después entré a un doctorado y me doctoré hace 3 años, en el 2014, en psicología clínica, legal y forense, porque en la Complutense hay una rama que une la parte clínica y la parte forense, con lo cual dije “fenomenal” y entonces hice la tesis doctoral sobre víctimas de agresiones sexual con pacientes de aquí. Y después de eso, entre medias, cuándo fue el cambio de todo lo general sanitario, y aunque ya tenía la habilitación, me plantearon mis compañeros de doctorado, hacer el Máster de general sanitario, porque con mi formación anterior me convalidan prácticamente todo y lo termine en el 2015. Luego, desde entonces me forme en MDR casi todos los cursos de MDR que es el procesamiento con movimientos oculares. Pues me he formado así, también en temas de apego, pequeños cursos que he ido haciendo, sobre todo para trabajar la parte centrada en el trauma y el apego. En el camino, como me gustan mucho los niños y las niñas, me he ido orientando desde hace cinco o seis años al área infantil, aquí soy la psicóloga infantil, veo también adultas, pero prefiero infantil, entonces me hice otro curso

⁴⁸² Entrevistas realizadas en Madrid, directamente a profesionales de la salud mental –psicólogos y psicoanalistas– que se transcriben de las grabaciones realizadas de las mismas.

más, de técnicas proyectivas, tema de juego y a partir de ahí, todos los cursos que he ido haciendo tienen el tema de apego, de juego, de hecho en un mes haré otro curso, cosas que salen así de fin de semana, y hago 3 o 4 mínimo al año. De apego y en trauma relacional, ese tipo de cosas. Me parece que el tema de formación es un asunto muy importante.

GC: ¿Desde qué eje a teórico trabajas?, ¿cuál es la versión de psicología clínica que manejas?

MA: empecé con lo cognitivo conductual, qué es lo que te orientan en la carrera, no es que lo descarte, lo tengo como base y ahí está, pero se me quedo corto y yo creo que fui buscando otro tipo, conozco y me formé en psicología Gestalt también y luego fundamentalmente al haberme metido en la parte del trauma y en la parte de las teorías desde el apego, en el tema del MDR qué trabaja la parte a nivel cerebral, de cómo organizamos la información, el sistema de procesamiento y toda esa parte. Realmente no es que sea cognitivo conductual, porque no es así, intento recoger todas las herramientas que creo, que voy conociendo y que me son útiles y las voy incorporando, en ese sentido sí que estoy más abierta, por ejemplo los últimos cursos que he hecho sobre el apego eran más psicoanalíticos y me parecieron muy interesantes. Entonces voy incorporando todo lo que voy aprendiendo, aunque mi base es cognitivo conductual.

GC: Y ¿cuál ha sido ese proceso de cambio de atención del tipo de personas con las que estuviste?, por ejemplo de trastornos de alimentación a agresión sexual, después la atención a niños en ese mismo aspecto, ¿qué es lo que motivó esos cambios?

MA: en niños no es que haya habido un cambio, fue más circunstancial. Mientras estudiaba la carrera de Psicología, era monitora de mi tiempo libre, realmente siempre estaba trabajando con niños y me pasaba todo el verano, Navidad, Semana Santa, trabajando con niños, me encantaba y siempre he trabajado con ellos. Entonces cuando yo empecé las prácticas de la carrera, las que había, eran trastornos de alimentación. La motivación fue porque en mi etapa de adolescente, la mayoría de mis amigas habían tenido algún trastorno de alimentación y con lo cual lo había vivido yo de cerca, entonces era un tema con el que yo era especialmente sensible. Entonces empecé a hacer las prácticas ahí, me contrataron, o sea que tampoco es que hubiera sido una búsqueda, me quede ahí, pero a mí siempre me ha interesado el tema del área de la mujer y ahí eran todas mujeres. Siempre me ha interesado el área del feminismo, del empoderamiento de la mujer y, ayudando a una mujer, buscándole un recurso adecuado fue que conocí CAVAS (Centro de Atención a la Violencia y el Abuso Sexual), dio la casualidad que en ese momento buscaban una persona, hice una entrevista y me quedé, entonces claro, tuve que dejar lo otro porque no podía compaginarlo todo. Entonces aquí al principio entré a trabajar con mujeres adultas porque era lo que había, pero realmente la parte infantil es lo que más me ha gustado y me ha llamado más la atención, eso y el empoderamiento de la mujer. Entonces no es que haya habido un cambio sino que fue más circunstancial que otra cosa, pero aquí empecé a conocer más el feminismo, empecé a meterme más de lleno y eso me ha enriquecido mucho, y eso fue aquí y no volvería atrás, es verdad que en ese sentido soy otra, es verdad que a mí me ha cambiado.

GC: Si en el centro de trastornos de alimentación apoyabas a mujeres y acá apoyabas a mujeres, ¿qué hizo la diferencia?, ¿porqué con víctimas de agresión sexual?

MA: la diferencia, bueno yo nunca había pensado en víctimas de agresión sexual, ya te digo que fue en ese momento, yo tenía más claro lo otro, los temas de trastornos de alimentación, aunque luego evidentemente los temas de alimentación están ligadísimos a los abusos en la infancia. Y aunque yo todavía no estaba para ver todo aquello, sí que directamente veías que tenían que ver una cosa con la otra, sí tenía claro lo de la violencia de género, quizá no tanto las agresiones sexuales, eso fue más fortuito que otra cosa, pero que yo iba a encarrilarme a los temas de la violencia de género o a los trastornos de alimentación de cara a la mujer, eso sí lo tenía claro, eso sí que lo tenía claro. Las agresiones sexuales cuando yo llegue, no era algo que yo me planteara y cuando hice la entrevista, es verdad tuve muchas personas que me dijeron

“pero donde te metes, eso que haces” y cuando empecé a pensarlo me motivó mucho, esa parte que te dije antes, decir “yo quiero hacer algo para que el mundo cambie” y desde aquí creo que se puede hacer algo.

GC: en concreto, en la cuestión de atención a mujeres que han sido abusados sexualmente, ¿hubo un tiempo cronológico que le dedicaste específicamente a ello, es decir, años o meses antes de pasar la atención con niños?

MA: sí, aún sigo con adultas no he parado, llevo 10 años seguidos, de hecho aquí la mitad del tiempo trabajo con menores y la mitad con adultas, también por las circunstancias del centro porque no tenemos muchos medios. Entonces tampoco puedo dedicarme yo sola a los menores, porque no habría quién atendiera a las personas adultas, lo que pasa es que de todo el centro, sí soy la única especialista en menores, pero también sigo con adultas.

GC: no es muy grande el de equipo

MA: no, somos muy poquitas. Fuimos un equipo más grande, cuando yo entré éramos cuatro psicólogas y ahora solo somos dos. Luego yo me reduje media jornada para irme a trabajar a otro lado. Esto aún no te lo he dicho, aquí hubo un momento muy crítico a nivel de subvenciones y todo, y nos plantearon intentar buscar opciones en aquel momento, a mí me han ofrecido varias veces otras opciones y me ofrecieron un puesto, en un punto de violencia de género como psicóloga infantil que estaba empezando. Por aquel entonces la figura del psicólogo infantil no existía en los puntos de violencia, y me reduje voluntariamente la jornada, mitad aquí y mitad allí. Entonces allí estoy solo con niños y aquí mis 20 horas estoy mitad con niños y mitad con mujeres adultas. Entonces dentro de que sigo en lo mismo, quizá si no se hubiera vivido esta situación, en la que pasamos de ser cuatro psicólogas, una trabajadora social, tres abogadas, a ser dos psicólogas, una abogada, ninguna trabajadora social y se tuvo que ir la mitad de la plantilla y yo me quedé, pero la situación era muy complicada.

GC: ¿cómo funciona CAVAS, como se **subvenciona**?

MA: Pues el funcionamiento de CAVAS es difícil, porque inicialmente cuando yo entré era un centro subvencionado por la Comunidad de Madrid, recibía una subvención anual que daba para tener a todas las personas mencionadas trabajando, pero al final, aquí hay muchos temas políticos detrás de las subvenciones, y bueno por una cuestión política, se decidió o decidieron que no estaban de acuerdo. CAVAS es una ONG, tiene una junta directiva y entonces le quitaron lo que es el concurso, la subvención, coincidió con la crisis en España. La subvención se la quitaron se la dieron a otro centro, bueno no otro centro, porque no existía nadie además de CAVAS, sino que se crea un centro diferente y CAVAS continúa porque era una ONG, y a partir de entonces fue cuando empezó un poco la complicación. Actualmente, lo solucionamos con pequeñas subvenciones del Instituto de la Mujer, pequeños proyectos, subvenciones y pequeños concursos que salen. Y entonces pues nos vamos haciendo con la sensibilización, también tenemos atención de inmigración, tenemos otro tema de empleo, otros más que son muy pequeñitos, sobrevivimos al día, muy al día.

GC: ¿es gratuito el servicio aquí?

MA: claro, si todo el servicio es gratuito, pero para eso son esas pequeñas subvenciones, y bueno al final, es una ONG muy pequeña, ha tenido momentos críticos de no cobrar, al final es lo que tienen estas asociaciones.

GC: ¿puedes compartir algo sobre la política de no cobrar nada a las personas que vienen a utilizar un servicio?

MA: bueno primero porque es una ONG, al ser una ONG, una asociación sin fines de lucro no se puede cobrar

GC: ¿nada?, ¿ni para cuestiones administrativas? No por afán de lucro...

MA: ahí se me escapa el tema legal, no sé qué se podría cobrar, pero creo que en general una ONG no debería cobrar, no lo sé, pero además es que CAVAS siempre nació así, CAVAS lleva más de 30 años como ONG porque antes en España no existía nada que trabajara además de nosotros, las agresiones sexuales y nació para dar un servicio a todas aquellas personas que no se pueden atender de otra manera, porque al final, personas que tienen recursos y les ocurre algo y a lo mejor vienen aquí o no, o deciden buscarse los recursos de forma particular, pero hay personas que no tienen esa suerte, no pueden hacer nada y la cobertura que da la seguridad social no es suficiente, y entonces se quedan sin ningún recurso. Nació un poco de esa idea, para atender a todas aquellas personas que no tengan la capacidad económica para ser atendidas.

GC: ¿crees que tiene un efecto terapéutico el cobro o no cobro de las sesiones?

MA: Yo creo que sí

GC: ¿en qué sentido?

MA: yo creo que sí hay una parte con la que siempre hay que intentar luchar, que es la parte del agradecimiento, está muy bien que lo agradezcan, pero a veces como cuando llegan aquí están en un momento muy vulnerable en su vida, es verdad que cuando vienen aquí, de aquí se agarran y salen, entonces hay un punto que genera una situación de poder, que intentamos desde el principio cortarlo en ese sentido, porque ellas no tienen que agradecer nada, es su derecho, es su derecho tener un tratamiento digno, digamos la sociedad nunca les va a resarcir lo que les ha ocurrido, pero de alguna manera intentamos tener ese sentido. También está el tema de la adherencia, nivel contrario, es verdad que cuando no te cuesta nada, la adherencia al tratamiento se complica, porque si no se cobra nada les cuesta mucho, hasta que la persona se involucra en su propio tratamiento, ya que la motivación es distinta, ya es algo más intrínseco, este factor deja de importar, pero normalmente son así, aun así, creo que seguiremos haciéndolo gratuito, porque lo ves, ves personas que de otra manera no podrían hacer nada, que no tiene ningún ingreso de nada y que nadie las podrá ayudar de otra manera, nadie, otra ONG también, pero no con pago.

GC: me parece que este tema da para mucha discusión, pero a ti, ¿qué tipo de cuestiones o de retos se le presentan a CAVAS en particular o a ti como psicóloga o como psicoterapeuta de este tipo de casos, retos de renovación por ejemplo?, puede pensarse a nivel institucional, CAVAS como ONG o en tu propia práctica clínica

MA: no te entiendo como retos de...

GC: cambio de lo que siempre ha sido igual, de renovación, de crecimiento, de lo que crees que puede cambiar en tu práctica y en la misma institución, para que crezca o funcione mejor

MA: a nivel institucional estamos siempre intentando nuevas opciones, ahora ha salido un nuevo proyecto que estamos tratando con tema de fiestas, siempre intentamos buscar alternativas, pero es verdad que siempre hay un peso por parte de, no sé si llamarle tradición, de lo que se hace siempre y cuesta no ser arrastrado por ello, yo aquí a nivel de funcionamiento cambiaría muchas cosas, junto con otra persona que estamos intentando, pero es muy difícil, quiero decir que...

GC: ¿todas llevan el mismo tiempo?

MA: no, bueno si, hay una persona que lleva más, que tiene 15 años, tampoco mucho más, la abogada es nueva, lleva un año, lo que pasa es que hay una junta directiva, que es la que a veces te impide esos cambios, una cosa es lo que trabajamos aquí y otra luego lo que te permitan o no cambiar, y hay cosas que te cuesta más cambiar. Entonces a nivel institucional, no depende tanto lo que podamos cambiar, somos muy independientes, es verdad que lo que se trabaja de despacho para dentro, cada una se gestiona y ahí es donde tú puedes hacer tus cambios o no, pero bueno a nivel institucional...

GC: pero las personas que forman esta junta directiva ¿no trabajan aquí?

MA: No

GC: Y estas personas que forman la Junta Directiva apoyan en la cuestión de búsqueda de fondos o solamente para decir cómo deben de funcionar las cosas.

MA: Todos apoyan, en teoría conocen todos están al tanto de todo, pero el trabajo más directo lo hacemos las que estamos aquí. Es diferente, no quiere decir que no lo apoyen, lo apoyan, pero quizá de otra manera, es otro papel diferente y a nivel individual, igual te puedo hablar ahí más, yo creo que a nivel individual siempre procesos de cambio, para mí cada paciente es un reto, todas te desafían, porque cada persona es diferente y lo que haces con una persona, no siempre te funciona para otra y es lo que me lleva a buscar cursos y utilización de materiales diversos, como la caja de arena, trabajo mucho con muñecos, con juegos, con adultas también. Entonces yo creo que le voy buscando, lo que a una persona le puede servir, a otra no le sirve, incluso cuando, por ejemplo, ¿el niño no?, no hay este tipo de atención, pues lo creamos. Mi compañera —que es con la que me formé siempre y que estaba aquí, que es una de las que se fue y ahora está en otro punto de violencia— pues, por ejemplo, cuando empezamos a trabajar con niños abuso sexual infantil, no había nada, hicimos un juego para trabajar con ellos y lo publicamos. Ahora con violencia de género nos pasa un poco lo mismo, hemos hecho otro juego, quiero decir que al final, es un reto intentar formarte y lo que no tienes, pues lo creas, lo haces, lo buscas. Yo tengo la suerte de tener esa compañera, que trabajamos juntas muy bien y que ahora somos muy amigas, juntas vamos creando cosas, entonces a nivel grupal me identifico más con ella que con la asociación, porque es más de mi trabajo individual. Y a nivel individual, ya te digo, pues **supervisión**, eso hablando con otras psicólogas, de cómo está la paciente, si es resistente al cambio, no solo mirándolo desde ellas, sino *desde lo que yo estoy haciendo*, si te toca algo, o hay algo que no va, igual es que no hay que seguir por aquí, entonces ha habido momentos en los que he derivado porque hasta aquí es donde yo puedo llegar, ya he llegado y hay que ir a otro recurso, o buscar otra especialización. Y eso también forma parte de ese proceso de cambio.

GC: ¿tienen algún equipo de supervisión acá?

MA: No.

GC: es cada quien que se lo busca.

MA: es una asociación, pero a nivel laboral de trabajadoras, es muy independiente, se trabaja de manera muy independiente.

GC: ¿qué tipos de **síntomas** o con qué tipo de síntomas han llegado aquí a CAVAS las personas que han sufrido agresión sexual?

MA: ¿agresión o abuso en la infancia?

GC: las dos cosas pueden ser violación, abuso, incesto.

MA: porque, sí que hay bastante diferencia. Cuando son adultas y han tenido **abusos en la infancia**, lo que más vemos son síntomas disociativos bastante graves. En **agresiones**, si la base previa de personalidad, estaba relativamente estable, vemos más bien un cuadro de estrés postraumático, algo más reactivo a la agresión que ha ocurrido. En cuanto va pasando el tiempo, si encuentra buenas relaciones y un buen apoyo, e incluso va a la terapia se va calmando y poco a poco, lo va superando. Pero con los abusos sexuales en la infancia, vamos incesto o cuando han pasado tantos años, a lo mejor vienen de 50 años y el abuso ha sido con 5, evidentemente hay cambios en la personalidad, ya no vas a tener algo tan reactivo, vas a tener más bien quejas difusas, un “me siento deprimida, con ansiedad, pero no sé bien porque”, de alguna manera lo relacionan con los abusos o casi ni se acuerdan, pero si vienen aquí, es porque algo han recordado, si no, no vendrían aquí, pero lo recuerdan de manera muy difusa. Vemos muchos trastornos de personalidad, yo no soy muy partidaria de las etiquetas porque no me

gustan, pero lo digo para que nos entendamos entre nosotras, pero no me gustan nada, gente con trastornos de personalidad y, sobre todo, temas disociativos. Por ejemplo, ahora tengo una paciente que ella me dice que siente que es otra, nunca le han gustado los peluches y ahora quiere jugar con peluches, le sale una voz de niña, un poco su parte niña que, en su caso, la que vivió los abusos sale, y sale de una manera ya poco controlada, pues sale en su vida personal, incluso laboral; bueno bastantes situaciones de olvido, esta mañana he visto a una mujer que ayer estuvo 2 horas perdida en el metro. Síntomas disociativos más graves que en una agresión sexual puntual, que en la etapa adulta no se ve tanto, o si se ve, es porque empiezas a ver un poco la historia y te das cuenta que es historia pasada, que eso también pasa mucho, mujeres que vienen por una agresión sexual y cuándo trabajas su historia, dices ¡uy!, no te lo cuenta, pero al final sale, que fueron abusados en la infancia y entonces cuadran más con los síntomas desorganizados que vemos.

GC: En este tipo de diferencias en los síntomas, ¿que llega más, abusos, violaciones más recientes, incestos?

MA: ahora, bueno en los abusos incluimos incesto, no separamos quien ha sido el abusador, pero ahora más abusos en la infancia.

GC: ¿por qué no separan quién es el abusador?

MA: bueno sí para el trabajo, pero me refiero a que, cuando hablamos de abusos en la infancia, llegan del padre, del abuelo, del tío, del profesor, de quien sea, pero me refería para hablarlo de una manera general, ahora llegan más abusos en la infancia, durante algunos años, pero esto también es una cuestión de temas políticos, porque las agresiones sexuales se denuncian o se deberían de denunciar y los abusos en la infancia no, entonces ¿qué ocurre?, antes la policía derivaba los casos que le llegaban, por temporadas y ahora estamos en una temporada en que no derivan porque ahí manda otra persona y se han cerrado las derivaciones, las cosas funcionan un poco así, y entonces ¿aquí quién llega?, pues quién lo busca, podría venir derivado de otro recurso, pero fundamentalmente viene quién lo busca, si una persona ha sufrido una agresión sexual, el primer sitio al que va, es a la policía si es que denuncia, y entonces la policía es la que deriva a otro sitio o lo que sea, pero bueno también tenemos mucho de agresiones sexuales, depende va a por temporadas.

GC: Y dentro de los abusos ¿han llegado o han sido numerosos casos de incesto, es decir de padres con hijos?

MA: haber, numerosos, claro, es que esto es al final una atención selectiva ¿no?, iba a decir “no” y luego he pensado “uy, ha habido uno esta mañana, y ayer otra, y luego otra”, o sea que, en mi caso, sí tengo bastantes, pero en proporción general, creo que es una proporción... la verdad es que no tengo el dato tampoco, eso lo podríamos buscar a lo mejor, no tengo un dato concreto, pero vienen por muchos otros abusos ¿no?, porque por ejemplo las parejas de la madre, es otra parte importante de personas que han abusado la infancia, que hay bastantes aquí. Y luego restos de familias, también bastantes tíos, abuelos, primos...

GC: ¿han tenido casos en que la abusadora ha sido una mujer?

MA: yo no, una de mis compañeras, una vez sí, pero en los 10 años que llevo aquí, no. Sí he tenido dos o tres, bueno más, yo creo que cinco o seis casos, en los que ha habido una mujer, que los había muchas en situaciones complicadas, pero me refiero que a lo mejor eran parte de, colaboraban con los abusos, pero no era el abusador directo.

GC: a eso me refería, si había mujeres como abusador el directo, porque generalmente se da en estas familias donde la madre tiene una pareja y se hace la que no ve.

MA: claro, pero no te hablo ni siquiera de eso, los casos que yo te estoy diciendo así marcados, que eran como tres o cuatro en los 10 años que yo he estado, han sido personas que han colaborado directamente con el abusador, no cegadas, sino de manera directa.

GC: pero no ellas las que hacen el abuso directamente.

MA: No

GC: y ¿atiendes tú en lo personal en consulta privada?

MA: lo he intentado, pero no me da la vida, yo atiendo porque me llaman estos temas, pero solo cojo a dedo a menores, de abuso sexual infantil, porque es más difícil encontrar, pero en general no, yo soy más de ONG. En realidad, el tiempo es una excusa, porque si quieres lo sacas, lo tengo para otras cosas, pero **me cuesta mucho cobrar**, sé que tengo que cobrar para dignificar mi trabajo, porque lo considero muy digno, pero creo que eso sí ha hecho mella, llevo tantos años en ONG...

GC: claro, bueno es una pregunta —porque la filosofía de las ONG's en cada caso es diferente y es un tema muy sensible—, pero ¿no crees tú que de alguna manera se debería cobrar por el servicio? no sé, con el apoyo previo de una trabajadora social, en el sentido en que el cobro de la sesión no es sólo por un servicio, sino por sus efectos terapéuticos, y no porque tengan derecho a ser tratados con dignidad, que eso es evidente para todos los seres humanos, hayan sido abusados o no.

MA: Claro, si nosotros no tuviéramos remuneración por ningún lado probablemente lo enfocaríamos por ahí, pero para nosotros, el cobro del servicio te lo da la propia sociedad, es decir, el gobierno, la institución que es la que se encarga de repagar en alguna medida, repagando, las subvenciones a los centros en que damos ese servicio o esa orientación.

GC: pero ustedes no lo reciben.

MA: bueno sí, en pequeñas dosis, así vivimos claro, porque si no lo recibiéramos, cerraríamos, lo recibimos en menor escala, pero si lo recibimos y nosotros cobramos. Cuando alguien me dice eso, pues “yo cobro, yo cobro, por mi trabajo, lo que pasa es que, lo de una paciente me lo paga el Ayuntamiento X, es el que nos da el dinero, porque no siempre es el Ayuntamiento de Madrid, puede ser, dependiendo de la subvención ¿no?” y yo cobro, igual aquí ya es algo más personal, pues entre cobrarle a una mujer muy dolida o que está tal, pues le cobro al Ayuntamiento, no sé si me explico lo que te quiero decir, a ver, hacer un voluntariado está muy bien, pero yo sí que pienso, soy una de las personas que promociono, aunque no está del todo bien visto, que todo el mundo tiene que cobrar por su trabajo, que el voluntariado está bien en un momento puntual de tu vida, pero el trabajo hay que cobrarlo, entonces en ese sentido, intentamos siempre de alguna manera...

GC: si todos los servicios que los ciudadanos reciben, los pagan de alguna manera, ¿cómo paga el paciente que viene acá?

MA: ya, es que no paga claro, yo creo que eso es un poco la filosofía, que no paga, a nivel de terapia sí que es verdad, que es una parte en la que tú te responsabilizas. Por eso te decía que al principio el tema de la violencia no está, sale después, yo creo que sale después y si se responsabiliza, pero depende de cómo lo enfoca. Por ejemplo, en mi caso, yo enfoco esto como un proceso de cambio y una responsabilidad, yo siempre les digo “la agresión sexual no ha sido tu culpa, la responsabilidad de ponerte bien, si, es tu responsabilidad” y ahí es por donde intentamos devolverle la responsabilidad en su proceso de cambio: “tu responsabilidad al final eres tú, nosotros no podemos hacer más que estar allí, acompañarte”. Es verdad que en el tema del pago somos más reacias, pero por lo que te digo, como concepto yo lo entiendo, pero cuando la población a la que llegamos no tiene dinero y no llegaría de otra manera, pues al final, nos quedamos un poco con eso, con llegar a aquellas personas que no tienen ninguna posibilidad.

GC: porque en ese sentido, me pregunto la filosofía de las instituciones es no cobrar, así se ha establecido, o sea uno tiene derecho a ser tratado con dignidad en ese sentido, pero qué tipo —no sé cómo enfocarte un poco la pregunta—, porque se me acaba de ocurrir con respecto a las consecuencias de cambio y de incidencia terapéutica en algunos casos, en el sentido en que si el

paciente no paga, no tiene la culpa, no paga, el gobierno le da, aquí es gratis, no hay adherencia tratamiento...

MA: no, sí que la hay, sí que la hay, pero ten en cuenta que la motivación mayor que hay aquí — que por eso también creo que funciona esto, yo tengo gente que lleva 4 o 5 años en tratamiento, y soy la que llevo más tiempo—, es el cambio, es decir, cuando vienes tan dañado y tienes la oportunidad de que te dan esa posibilidad de cambiar y de ponerte bien, el propio cambio es digamos, lo que motiva. El agente motivador es el cambio, es decir, creo que, yo he trabajado en consulta privada en los inicios y me parece más efectivo esto que viene de adentro, que el hecho de pagar, porque bueno el principio es distinto, el principio no es una adherencia o no, hasta que está ese vínculo, el proceso de cambio se inicia, es verdad. El razonamiento “pues voy porque no he pagado”, dura muy poco, no es tan duradero, eso enseguida se va, o sea lo que motiva, lo verdaderamente motivador, lo que hace que una persona continúe, es además porque yo le devuelvo aquí esa valentía, pues no es agradable, no son 4 años de un proceso de cambio en el que “yo vengo, me desahogo, me quedo fenomenal”, no, no es así. Trabajamos cosas muy duras, removemos mucho, hay momentos muy muy duros que tienen repercusión en sus vidas, y aun así siguen, entonces ¿qué hay ahí en el proceso? yo creo que es el poder retomar el control de su vida, o sea cuando has perdido todo el control, toda tu dignidad, poder volver a sentir que, de alguna manera, aunque sea a largo plazo, pero poco a poco, o por lo menos yo les voy devolviendo el control desde lo chiquitín, ¿no? es que” ya solo el hecho de que hayas venido a esta consulta, ya has empezado, ya has cambiado”. Creo que eso es más motivador que el hecho de que paguen o no, no se les desculpabiliza como “esto no va contigo”, al revés, o sea yo creo que simplemente se cambia el foco del control del pasado, ese ya no sirve para nada, pero tienen el control de su presente y de su futuro, sí, y se lo devolvemos ahí. Encima de que el gobierno pague o no pague, eso te lo digo yo a ti, no a ellas claro, ellas no son conscientes ¿no?, yo a veces se lo digo, pues a la que viene muy muy agradecida, y que te digo que se establece esta relación de poder que a mí no me gusta.

GC: ¿cómo es esa relación de poder que se establece?

MA: cuando hay un agradecimiento extremo, en la que te ven por encima, siempre es profesional eso está claro, que te ven por encima, que notas que te está demasiado agradecida, porque ves cómo se porta contigo, ahí yo las paro y les digo “oye, ¿que yo cobro eh?, que este es mi trabajo”, o sea lo que yo les quiero dar a entender es que ellas no me deben nada a mí, no me deben nada en el sentido, de que no cabe ningún comportamiento, porque entonces si me deben nos volvemos a situar en una relación asimétrica, y asimétrica ya la hay, no sé si me explico en lo que quiero decir, una gran asimetría ya la hay, pero en el sentido de la que han reproducido en las situaciones de abuso o en las situaciones de violencia de género, hay una asimetría totalmente diferente, yo no me quedo en el puesto de “pobrecita” o de humillación y entonces en ese sentido si lo cortamos rápido ¿no?, entonces ahí por ejemplo, que me ha pasado alguna vez, pues como la necesidad de agradecimiento y yo lo se enfocó por otro lado el agradecimiento, pero no por ahí, porque nosotras no...

GC: ¿cómo enfocas el agradecimiento?

MA: Yo, por ejemplo, pues mira, una me decía, “ay, es que tú estás aquí...” y yo le decía “es que es mi trabajo, yo trabajo en esto, yo elijo en esto, yo quiero trabajar aquí, tú no me debes nada, porque yo estoy aquí porque quiero”. Y, por ejemplo, yo le decía a una de ellas, cuando para mí, esto ya es algo personal, “cuando yo veo que tú estás o que te sirve de algo lo que hacemos aquí, eso es lo que a mí me llena”, y me mantiene aquí después de 10 años. Entonces les devuelvo que no hay nada, no quiero que tenga la sensación de que me debe nada, yo cobro, tengo mi sueldo, he elegido estar aquí, podría irme y sigo aquí, o sea que no puedo quejarme de nada en ese sentido, igual es algo más personal, pero no me gusta esa relación de poder, más allá del profesional, que está claro que no somos iguales, en ese sentido sí, pero...

GC: ¿cómo es esta posición?, o ¿cuál es la posición que se maneja del terapeuta con el paciente, en el sentido de **la simetría y la asimetría** en relación al proceso terapéutico?

MA: en ese sentido hay una cierta... yo soy la profesional, está claro, pero a mi modo de ver, yo siempre les digo que al final las riendas las llevan ellas, para devolverles el control, "yo soy una acompañante, te acompaño en el proceso en la medida en que yo pueda y en la de mis conocimientos, voy a ir presentándote y poniéndote delante las cosas, pero siempre vas a elegir a tu" yo siempre les digo, "yo siempre que considere que tengamos que hacer alguna cosa, te lo voy a decir, lo vamos a razonar porque creo que tenemos que hacerlo, pero la última palabra la tienes siempre tú", porque intento desde el minuto cero devolverles el control que no han tenido, desde esa manera, sí que tienen claro que yo soy la profesional y que mi criterio en ese sentido, a nivel profesional es más objetivo o está desde fuera, pero lo hacemos más en equipo, siempre les digo eso, que somos un equipo, que yo puedo aportar cosas que ella no puede ver porque está dentro y yo estoy fuera, simplemente por eso, no porque sea más ni menos, simplemente porque estoy fuera y bueno porque tengo los estudios y experiencia evidentemente, pero somos un equipo no esto.

GC: en tu formación como psicóloga y en ese tipo de casos evidentemente intervienen cuestiones personales de posición frente a la persona, frente a la terapia, ¿cómo hacen este manejo de la **contratransferencia** con respecto de la atención al paciente?

MA: pues en mi caso, siempre te puedo hablar solo de mi, igual en mi compañera es totalmente diferente, yo intento estar bastante atenta al tema, enseguida encontré una persona que conocí en la unidad de atención, que me habló de todo esto, me habló de su importancia y yo desde entonces, yo reconozco que he estado detrás de la supervisión, se escaparan y miles de cosas evidentemente, pero trato de estar atenta y cuando he tenido necesidad estar en terapia, pues he estado en terapia. En ese sentido, lo tengo muy claro, en cuanto empecé a trabajar aquí, me hablaron de los cuidados, de la intimidación vicaria y de los cuidados para profesionales, me explicaron que si yo quería tener un recorrido en esto, evidentemente más como mujer, o me cuidaba o me podía afectar de alguna manera. Entonces, eso sí que lo llevo muy a rajatabla, tengo espacios en donde comparto, grupos de espacios de cuidado donde compartimos artículos que van sobre los cuidados, sigo muy a rajatabla el tema del ocio y el tiempo libre en mis actividades, en cuanto empecé aquí me dije "¿ah sí?, pues me voy a apuntar a baile?" intento tener eso, intentar estar, aunque sea imposible controlarlo todo, en ese sentido me lo perdono bastante, pero intento la vida lo más estable posible.

GC: En tu formación como psicóloga aunque no sé cómo es en la Complutense les exigen a los estudiantes como requisito que tengan algunas horas proceso terapéutico

MA: no, aquí en España no está reglamento

GC: Ni a nivel master o cuando estás especializando...

MA: no, supongo que en el psicoanálisis y en la Gestalt, sí, pero los que yo he hecho no

GC: y tú en lo particular has estado en procesos terapia

MA: Si.

GC: ¿cuál es **el tiempo promedio de un tratamiento** de abuso, por ejemplo en una persona adulta, promedio? sé que cada caso es diferente, pero tiempo promedio y no sé si está en alguna reglamentación de la institución

MA: sí, sobre todo porque aquí las estimaciones son complicadas, pero no hay un tiempo, porque en ese sentido las terapias son infinitas, en el sentido de que no tenemos un límite, y luego pues que hay periodos, yo tengo gente, por ejemplo ahora que tengo reducción de jornada, o también de la cantidad de gente que viene y que somos muy pocas para asumir, las personas no vienen una vez a la semana, aquí la gente no viene una vez a la semana, viene una vez cada 15 días, cada 3 semanas o cada mes en muchos casos, entonces claro, los tratamientos se alargan y

se enlentece en el tiempo, somos conscientes de que no es lo ideal, pero no tenemos otra posibilidad de hacerlo.

GC: O sea no tienden una vez a la semana es cada mes

MA: sí, imposible, entre 15 días y un mes

GC: y en ese tiempo ¿hay algún trabajo para el paciente o es solamente lo que viene trabaja aquí, o cómo hace para reconectar hasta el mes siguiente lo que quedó abierto en la sesión anterior, ¿cómo lo manejan?

MA: eso depende de la psicóloga, en mi caso, solamente una vez al mes, pero no es verdad, lo intento, hay circunstancias que te obligan, que no depende de ti la agenda, yo siempre intento que las que empiezan, intento acortarlas por ejemplo, ahora que tengo una mujer que tiene riesgo de suicidio y la veo una vez a la semana, pero solo puedo una, a las que veo peor o que empiezan, una vez cada 15 días, una vez al mes al resto, yo en mi caso a la que veo más así... les hablo por teléfono, al principio les cuesta, pero se acostumbran, como es un recurso público, saben que es el coste que tiene un recurso público. Quiero decir que...

GC: ¿Tiene mucha lista de espera?

MA: es que, ese es otro tema peliagudo, algunos estamos a favor de la lista de espera y otras no, y aquí no se maneja la lista de espera

GC: y que cuando alguien viene y no hay cupo

MA: es que hay cupo, ese es el problema, te la ponen, la persona que hace las primeras entrevistas, que no sé si son de ella, esto se ha hablado muchas veces, es la decisión del criterio que se ha optado, yo en esto no estoy conforme, es una de las cosas con las que no estoy conforme, pero es así, te la ponen. Ahora, una de las cosas que yo negocie para irme, porque yo me fui voluntariamente, pero bueno nos pidieron opciones, fue llevar un control de las pacientes que yo veo, cosa que yo no he hecho nunca.

GC: cómo es eso de que lo controlas

MA: Que yo digo cuando, yo abro y cierro, entonces es la primera vez que pasa, que solamente lo hago yo, porque son las cosas que a nivel personal es lo que más me cuesta manejar. Soy consciente de que es una cuestión del centro, es una cuestión de atención a mujeres y en segundo lugar lo pago yo, que me voy a casa pensando en menganita, en tal y no sé qué, y entonces en ese sentido yo lo puedo negociar, aun así tengo bastantes, porque en cuanto falte un día, esto se hace un colapso de agenda, pero poco a poco lo van entendiendo. Al final tú cuando pagas un servicio privado, pues puedes ser más constante, esa es la parte positiva de un servicio privado, en un servicio público, hacemos lo que buenamente podemos, pero llegamos a donde llegamos, no tenemos los medios y las usuarias lo saben. Por ejemplo, hay personas que yo a nivel de criterio, les digo “yo creo que tú necesitas una vez a la semana, aquí no te lo podemos ofrecer, con esta información, decide tú”, hay gente que dice “no, me da igual prefiero seguir aquí”, y sigue aquí, otras personas dicen “sí, voy a intentar buscarme una psicóloga privada” porque es verdad, por necesitar, lo necesitaría todo el mundo, pero hay casos que tu dices, “no vas a aguantar las entre sesiones”, pero es algo, una de las cosas que más me renueve y qué más me tengo que trabajar, pues me voy de vacaciones con la angustia aquí, y eso es algo...

GC: las sesiones terapéuticas ¿cuánto duran?

MA: Una hora

GC: y el tiempo promedio, no acabaste de concretar, un más o menos

MA: hay gente que lleva 4 años, por ejemplo más o menos, las agresiones sexuales a veces un año o esos dos

GC: ¿con esa frecuencia de una vez al mes?

MA: sí, pero depende, hay gente que viene más tiempo y hay gente que no, también luego depende —esto no sé cómo explicarlo sin que suene mal—, pero también depende de la adherencia, el compromiso que tiene cada paciente, evidentemente si tienes que priorizar a alguien, aparte de que el criterio sea la vida de esa persona, es su compromiso, hay personas que han tenido más citas porque que se comprometen más con su trabajo, que nunca faltan, que siempre están aquí, que si mandas una tarea, la hacen, ¿sabes?, y entonces tú ves ese compromiso y de alguna manera lo continúas, es verdad que hay otras personas que son menos comprometidas, vienen y por supuesto las vamos a atender, pero evidentemente vamos a priorizar a las personas que tienen compromiso, incluso es parte también del poder hablar con la paciente, yo con una paciente incluso se lo he dicho “mira si tu no te comprometes...”, y me comentó, “es que ha pasado mucho tiempo”, le dije “claro, si no has venido a la cita anterior, (y citamos cada dos semanas), y anulas una y la tendremos cada mes”, pero si además había pasado una sesión de formación, —también tengo que encargarme de la formación—, entonces estoy en un lado o en el otro el otro, y se me había acumulado la agenda, le digo “sabías que esto ocurría, yo no te puedo dar una cita aquí, porque hay personas que están viniendo a sus citas”, entonces bueno ya lo entendió

GC: o sea que si falta a su cita, ¿cuánto tiempo se les espera, cuántas citas se les espera?

MA: la normativa de CAVAS con respecto a eso, ellas firman en el primer día tienen solo tres citas no justificadas. La realidad en mi caso, no lo cumplo, esto hay que decirlo, pero tampoco tengo muchos casos así, generalmente todo el mundo viene, o si no viene te llaman antes o te dicen “es que tengo médico, no me había dado cuenta, estoy malita”, pero tienen que avisar antes, a ellas se les explica antes que, citas a las que no vengas, tampoco viene otra persona, todo mundo sabe bien lo saturadas que estamos, saturadas en el sentido del servicio, porque cuando les digo esto me dicen “¡ay pobre!”, pero el trabajo es el mismo, yo vengo las mismas horas de trabajo haciendo una cosa que la otra, pero es verdad que no damos la misma cobertura todo el mundo, entonces intentamos que eso sea parte de su responsabilidad, también que si yo falto, pues avísalo con tiempo para que otra persona pueda usar ese espacio.

GC: en ese sentido si pasa si falta a una, su sesión sería a los 2 meses

MA: la que tiene mensual, si

GC: en la que tiene quincenal, se prolonga al mes

MA: no, no, porque no tiene su cita una vez al mes, no es estándar la agenda

GC: Sí, por eso, pero me refiero a las personas que tienen su cita...

MA: Por ejemplo, tú faltas a tu cita y llevas hace un mes, y hay un hueco la semana que viene, la vas a atender la semana que viene, si cancelan alguna sesión se le da a la primera que haya

GC: no es que tenga que esperar hasta el siguiente...

MA: lo que pasa es que a veces, la primera que hay es dentro de un mes, ese es el problema, no tienen un día fijo para la atención

GC: por ejemplo, los terceros martes de cada mes, o de cada 15 días o a tal hora

MA: no, es una de las cosas que se planteó en algún momento, pero luego nos es muy complicado de llevar, porque como la agenda la lleva todo el mundo, te cambia quien sea la cita, entonces es muy complicado de mantener eso, y luego como no todo el mundo tiene una vez a la semana es muy complicado. En mi caso, lo que yo hago para que esto no me ocurra, es que a lápiz, a las que quiero guardar el hueco porque si necesito que sea semanal y que no me la quiten, porque yo a lo mejor me voy un viernes y un lunes y no me entero —porque mi agenda sigue en funcionamiento— y me he notado cosas para evitar que me rellenen huecos que necesito y quiero para otras mujeres, las anoto a lápiz, entonces necesito tener una previsión de mes y medio, me siento cada semana o cada dos semanas y hago una previsión a lápiz de las pacientes que yo veo que lo necesitan y que no me quiten el hueco, otras ya es un poco más

fluido, pues cuando venga le doy la cita, y les doy la cita que haya, o cuando llamen, les dan la cita que haya.

GC: o sea que cada vez que viene la paciente, tú le das la fecha de su próxima sesión

MA: sí, eso sí, aunque yo lo anoto en lápiz, eso no se lo digo, cada vez que viene ellas tiene la siguiente. Por ejemplo si hay alguna que sé que necesita, imagínate ¿no?, estoy pensando en una chica que sí, que se le dado semanal, y que además lleva muchos más médicos, y entonces le digo “mira te voy a dar tres seguidas” y entonces ya se anota tres seguidas, pero no es habitual, lo normal es que cada uno se lleva la siguiente, aunque yo sepa que la voy a citar semanalmente

GC: es complicado es lo de las citas

MA: aquí el sistema de citas es totalmente absurdo y sí que necesitaría un gran cambio, pero no te creas que es muy diferente, por ejemplo al otro lado, yo pensé que era algo de aquí, pero cuando fui al otro lado, en el punto de violencia y mis compañeras que sé que trabajan en servicios públicos, es el mismo sistema, solo que aquí estamos obsoletas y estamos con una agenda en papel y en el Ayuntamiento tenemos una agenda en red, pero el sistema es el mismo, el sistema es una agenda en red que pueden manejar las personas de administración, bueno cualquier persona que trabajé allí, entra con su contraseña, pero accede y administra ya bien puede citar o cambiar una cita.

GC: o sea, no es nada más la persona que está aquí, te llega de la Comunidad de Madrid, de no sé dónde.

MA: a no, para entrar por primera vez, o sea yo te estaba hablando del otro lado, pero aquí para entrar por primera vez, se hace una primera entrevista, ésta primera entrevista, sí que te lo da esta persona, pero a partir de allí, cuándo vienes, yo te doy tu cita, tú puedes llamar por teléfono, porque imagínate que te ha surgido algo y quieres cambiarla y entonces quién te coge el teléfono, cualquiera de los que trabajadores que estamos aquí, es la que te cambia la cita dentro de tu horario de trabajo, pero sin ningún criterio más. Esto es algo que me costaba mucho al principio, yo que soy bastante organizadita, casi cuadriculada y sin embargo te decía, que en otros sitios el sistema es exactamente lo mismo, más moderno, porque es en red, en vez de hacer una agenda en papel, pero el sistema es el mismo, yo a mis pacientes cuando vienen les doy la cita siguiente, pero lo que ocurra entre medias que yo me voy a que yo vuelvo, si llama quien sea, le da la cita conmigo dentro de mi horario laboral, cuando sea, donde sea, pues eso lo lleva todo el mundo que coge el teléfono.

GC: o sea que tu trabajo aquí es solamente como psicóloga o sea no tienes otra cuestión como administrativo, juntas, no sé... a un taller de no sé qué

MA: bueno si, los talleres aquí echamos un poco la mano todos, lo que pasa es que ahora lo hacen más bien alguien en prácticas, aunque los supervisamos y tal, taller me refiero de ellos, un taller específico, cortito, de habilidades sociales o lo que sea, yo me encargo más del tema de formación también, por eso muchas veces es que faltó aquí, lo que pasa es que claro, yo hago la formación fuera de mi horario de trabajo y entonces ya no me da tiempo, me la recuperan en horas, pero ¿cuando me devuelven las horas?, pues nunca. Si me voy, pues no estoy aquí y así, pues eso es un tema, pero yo me encargo de la formación, por ejemplo en este mes de agosto, fui dos tardes a la formación de voluntarios que se van a encargar de un proyecto que estamos haciendo, hacemos un poco esa parte también. Esa parte formación y terapia, y la atención en grupo que es cosa mía, mi horario de trabajo, pues en este caso me han salido cuatro, que he hecho un mini grupo, otro que tuvimos de ocho, que son pacientes míos, yo me las gestiono, considero que pueden tener un perfil, que pueda venirles bien, a veces a mi me gustaría hacer más grupos, pero a veces el perfil o simplemente los horarios que tienen ellas de trabajo junto con el mío, que ya es más complicado no cuadra.

GC: Han accedido las pacientes a este cambio de atención individual a atención al grupo sin problema o viceversa.

MA: en mi caso sí, porque cuando las he pasado en grupo, he valorado que era un momento en el que podían hacerlo, en el que alguna, no todas, me ha verbalizado que le gustaría, y entonces en ese caso sí, no ha habido problemas o han sido que desde el inicio han sido paciente mías.

GC: ¿el inicio nunca es grupo, siempre es individual?

MA: aquí lo del grupo como tal, no funciona, lo del tema de los grupos es cosa mía, mi compañera no es de grupos, es de ver determinadas pacientes “pues mira, que me cuadran estas personas, voy a hacer un grupo”, yo creo que los grupos enriquecen bastante. Entonces aquí por limitaciones de espacio, tampoco tenemos forma de hacer mucho grupo, tendría que sacar a mi compañera de su despacho, es complicadillo, pero ahí sí puedo, con el otro grupo, después de verlos en individual, estuvimos un año y medio y está acabando ya.

GC: y al final de cada tratamiento cuáles son los **cambios más comunes** en los pacientes de acuerdo los síntomas que traen y después si me puedes comentar cuáles son los cambios en ti

MA: en ellas, yo creo que el cambio, es un cambio es muy global, este tipo de terapia sobre todo en los abusos en la infancia es muy global, creo que pasas a verte con otros ojos, cuando te ves con otros ojos, cambia todo, yo creo que el criterio es cuando ella se sienten bien consigo mismas, que su vida ha cambiado, que se sienten bajo control de nuevo, con un criterio realista quiero decir, aprendemos a manejar mucho las emociones y integrarlas como algo normal, natural, la tristeza es parte de la vida, va a ocurrir más veces, en ese sentido ¿no?, pero se van de aquí con otra mirada de sí mismas y es como un antes y después, yo creo es un proceso de cambio tan largo y tan profundo, que cambian ellas, incluso de parejas o situaciones vitales que no resisten el cambio lógicamente, porque cambia uno... Y el mío, a mí me cambia, nadie de mi familia o de mis amigas entienden porque sigo aquí, porque la situación ya te digo es muy complicada, y me han ofrecido muchos otros trabajos en otros lados, pero yo sigo aquí, estoy totalmente enganchada a esta situación, porque te cambia totalmente o sea me aportan tanto, son diferentes, sobre todo la valentía, yo cuando salgo de aquí, salgo con esperanza, mira (se le llenan los ojos de lágrimas) me emociono y todo, porque es como “se puede”, qué gente más valiente, ¿sabes?, más poderosa, aunque ellas todavía no lo sepan y a mí eso me engancha un montón, aprendo una barbaridad, a nivel personal yo he crecido mucho, me emociona decirlo, pero es verdad, y además a todas las recuerdo, a prácticamente todas las que hemos hecho un proceso largo, las tengo como en una parcelita de mi corazón y es verdad que yo pongo mucho de mí, me implicó mucho, igual es una de mis cosas que me tengo que trabajar un poquito más.

GC: ¿qué significa que te implicas mucho?

MA: que luego hasta las vacaciones llevo, todas las vacaciones pensando en ellas, en la que intenta suicidarse y me digo “intenta dejar de pensar porque estás de vacaciones”, pero como le doy el correo por si pasaba algo, todos los días compruebo el correo, me acuesto pensando “ay, mañana tengo a Caro, tengo que compaginar el material, no he cogido el cuento que iba a trabajar con ella... Todas las noches estoy pensando en lo que voy a hacer, en ese sentido me implicó, las llevo siempre presentes conmigo, no solamente a nivel terapéutico sino nivel de gustos, como cuando te acuerdas de alguien, “ay esto le encantaría”, en ese sentido, siempre las llevo conmigo, pero me considero de verdad, yo cuando las ven como, o algunas de ellas mismas, como “pobrecitas”, o sea de verdad yo digo todo lo contrario, yo creo que he crecido una barbaridad, a todos los niveles incluso de autoestima, de aprender a quererte, a conocerte, en espejo, esa transferencia final te llena y te lleva ¿no?, tantas personas a lo largo de estos años, muchas mujeres de tu edad, muchas veces con gustos similares, situaciones de vida parecidas, pues que sí que me han ayudado, incluso por ejemplo en mi caso, he mejorado cosas de la relación con mi madre, cosas que veo, me ayuda mucho, he dado con tres con un perfil parecidísimo al de mi madre, dos de ellas con una hija de mi edad, con lo cual, cuando yo

trabajaba con ellas, lo sentía muchísimo, y a veces me tenía que controlar y trabajarlo, porque decía “es que estoy proyectando demasiado”, y no es así ¿no?, pero a su vez eso a mí me ayudó a trabajar muchas cosas y a ver la otra parte, como la otra persona puede sentirse, tienes empatía, Pero no haberlo tan directa Que se abra todo como la otra persona puede sentirse cuando tú a lo mejor haces determinados comentarios o lo que sea entonces eso me ayuda muchísimo o sea que para mí ese trabajo yo lo vendo me encanta.

GC: ¿tú **preparas las sesiones**?, o sea ¿hay una temática trabajar en cada sesión o la paciente viene y habla de todo lo que ha pensado y sentido?

MA: yo siempre preparo la sesión, pero soy muy flexible, tengo algo preparado y le digo “el próximo día vamos a hablar de...” lo que sea y si en esa semana o en esos 15 días, ella quiere hablar de otra cosa, pues se habla de ello, me gusta improvisar también, yo me he ido haciendo, con el paso de los años, una carpeta de materiales para poder improvisar, lo que te decía de ir aprendiendo, conforme había cosas que me pillaban en blanco, “una y no más”, entonces me preparo, preparo mucho material que creo que en alguna sesión incluso de improvisación, puede servir a alguien, siempre estoy con todas en la cabeza y lo que sale de una sesión improvisada también lo voy teniendo y lo voy guardando, entonces más o menos siempre tengo una cosa planificada, pero improviso mucho, me parece positivo, pero no es una regla.

GC: o sea que la paciente puede no querer hacer nada de lo que tú le estás dando, sino hablar de lo que ella quiere de manera libre, aunque tú no le puedas poner nada de lo que tú habías preparado antes, ¿cómo te pilla en eso?

MA: bien, como te decía antes, en eso soy una persona muy flexible, yo tengo como un hilo conductor, pero dentro de ese hilo conductor, podemos darle la vuelta, en general no lo pierdo, no pasa nada, de hecho en lo que vamos a trabajar de primeras yo no lo saco para ver cómo vienen, no quiero que hagan algo que no quieran hacer, entonces yo voy viendo un poco. Que veo que la persona a lo mejor te cuenta un poco como va, pero no tiene una necesidad extra, yo la planteo, “¿seguimos con esto?”, o incluso me pregunta “¿vamos a trabajar esto?” te parece que no, porque a lo mejor esa persona en ese momento necesita una ventilación emocional o necesita hablar de algo, dejo todo, incluso ella me dice “no que íbamos a trabajar con los pensamientos...” yo que sé, y tenemos aquí las hojas preparadas para dárselas, pero cuando veo que no, guardo las hojas directamente, además ellas lo ven cuando las guardo y dicen “es que íbamos a trabajar...”, “no te preocupes, ya veremos otro día cuando nos cuadre”.

GC: Y ¿hay algún **protocolo** a seguir en el tratamiento de agresión sexual, a los de abuso por ejemplo; de cómo empiezan, cómo continuar el proceso, hay un modelo específico de atención, un protocolo aunque cada quien vaya cambiando de acuerdo la paciente?

MA: sí, la primera parte por lo general, los protocolos son muy genéricos, pero hablan por ejemplo de la *estabilización primaria*, tal vez no trabajas en trauma, pero si a nivel del tema de conductas que puedan ser dañinas o de manejo del ánimo o de cómo trabajar las emociones o la ansiedad, luego hay una parte que es más central, que es *trabajar el trauma*, en la estabilización puedes estar en esta fase de recursos, puedes estar ahí todo el tiempo que sea, luego hay una parte más a nivel del trauma y ahí si trabajamos con el procesamiento cerebral del trauma y luego ya el resto del tratamiento es un poco el *tema de afrontamiento*, que se pueden recuperar cosas que has trabajado al inicio, pero de una manera más profunda, porque ya te permite que el trauma no esté ahí, ¿no? Podemos trabajar por ejemplo temas de autoestima o yo que sé, temas de afrontamiento, cuestiones emocionales que están todo el tiempo, pero que quizás ya estén más trabajadas.

GC: ¿tienen así como una especie de modelo de inicio, seguimiento y final en el sentido de en qué momento las das de alta por ejemplo?, ¿son ellas las que deciden esto?, ¿quién decide que hasta aquí, cómo es ese proceso?

MA: en equipo, mi criterio está ahí siempre evidentemente, ¿no?, pero yo se lo planteo, yo siempre les digo, hago un seguimiento y hay un momento en el que el seguimiento por el tema de la vinculación y para ir trabajando un poco la separación, les planteo primero “¿cómo te ves?” y ella misma me va a decir, que se ve bien en ese sentido, entonces yo le planteo que yo la he visto muy bien, que el objetivo se van cumpliendo, que está bien aquí una temporadita, lo suyo sería el alta, la separo en el tiempo, “esto es lo que yo valoro desde fuera, pero me puedo equivocar y necesito que tú me digas cómo ves esto desde tu perspectiva” y ellas en general, me suelen decir que están de acuerdo, no arriesgo si me paso, a veces me paso de sesiones, pero hay alguna que me dice “no me veo”, y entonces cuando me dice que no se ve, “es por el miedo de irte tu sola o es real de que todavía no estás bien” pues eso lo volcamos igualmente, entonces lo planteamos, lo vemos vamos alargando las sesiones, “mira vamos alargando las sesiones y tú vas a ver cómo estás entre sesión y sesión, vas a estar bien y ahí vemos, yo sigo aquí”, para que vayan agarrando una seguridad, preparando el alta, entonces en ese sentido el criterio es conjunto. Hay gente que a lo mejor ha dicho que me he pasado también, menos, pero que ella ya está, que ya terminó, y entonces yo ahí, pues si no estoy de acuerdo, lo planteo, le digo que respeto su decisión y su proceso, pero que no estoy de acuerdo, que no pasa nada que hay etapas en las que las personas podemos enfrentarnos a determinadas cosas en nuestra vida y que si esta etapa ha terminado, fenomenal y si en cualquier caso, en otro momento de su vida ella quisiera trabajar otra cosa, o tuviera un momento para ello, pues aquí estamos, bienvenido tiempo después. Estoy pensando en una por ejemplo, una que tarda año y medio.

GC: ¿con otros síntomas?

MA: No, los mismos, ella no estaba bien, bueno a ver, es que no estaba bien no, en este caso, esta chica había sufrido un abuso en la infancia y aunque trabajamos más el tema del abuso, también tenía una relación de violencia de género y ahí no quería entrar, pero no era el abuso de la infancia lo que estaba generando la sintomatología de ese momento, aunque ya había terminado la relación, pero era muy reciente había un riesgo muy grande de volver con él, pero ella no quería entrar ahí, entonces cuando ella se sintió estable, se sintió fuerte, porque claro hay una primera mejoría, esa primera mejoría, siempre les digo, “esta primera mejoría es fenomenal, pero no es completa, es superficial”, que es esta fase de estabilización que te digo, es que es una fase que nos va a permitir meternos en el trauma, porque de otra manera no podríamos hacerlo y de hecho yo las aviso, “cuando nos metamos en el trauma, vas a notar lo que a lo mejor tú puedes considerar una recaída porque vamos a abrir” entonces les explicamos bien, pero claro, “pero no es una recaída, porque tú ya estás mejor, tú ya puedes manejar y afrontar esas emociones negativas y aquí estoy yo, ya tenemos una vinculación” y así, pero hay gente que en cuanto se siente bien, sobretodo gente que es más impulsiva, en este caso la chica era súper impulsiva, tenía un trastorno de alimentación, tenía un problema bastante obsesivo, de compulsiones, de muchísima ansiedad, no dormía y todo eso, todas esas cosas no se curaron, pero se estabilizaron y dejaron de entorpecer en su vida, pues ella se fue, tenía un buen vínculo conmigo, y me planteo que ya estaba fenomenal. Unas te lo plantean directamente, otras tienen sus excusas como “no, es que mi hijo y tal”, cuando tengo un buen vínculo y veo que puede, a veces que no y otras veces que ya está, como con ella, tenía vínculos y podía hablar con ella bien, le dije “tú sabes que eso son excusas”, “bueno, puede que sí”, ella me lo reconocía, “pero bueno, no pasa nada, cuando tú estés preparada, pues vuelves” y lo vemos, ¿no?

GC: y por ejemplo, alguien que supuestamente ha terminado ya su proceso, tu ya la ves bien, ¿que tenga una recaída, y regrese?

MA: sí, vienen, porque a veces hay situaciones que no se han dado durante la terapia

GC: o aspectos nuevos del trauma que no se habían abordado...

MA: que no habían salido, cosas que a lo mejor yo te digo, en cada etapa, no estamos preparados, a veces nuestra mente no está preparada para enfrentarse a cosas también, por

etapas ¿no?, si no te desbordarías, entonces hay personas que a lo mejor durante el tratamiento, hay cosas que no han salido y que van a salir más adelante, y vuelven y no hay ningún problema, aquí en ese sentido, no hay problema.

GC: O sea ¿no tienen conflictos en la agenda que tú vuelvas a retomar una paciente que ya habías tratado antes, cuando haya lo mejor gente que está esperando lugar?

MA: se considera persona nueva

GC: y en la relación de equipo, con la institución, con los demás compañeros ¿hay momentos en los que ustedes pueden, o solamente aparte, **hablar de los casos clínicos** que atienden?, o pues cada quien lo hace aparte por su cuenta en su supervisión

MA: a ver, ha habido momentos, temporales, en que hacíamos reuniones de equipo, lo suyo es que hiciéramos reuniones de equipo, pero es otra de las cosas en donde hay conflicto, las reuniones de equipo al final, requieren tiempo, debería haberlo, yo creo que es un tiempo invertido, no es un tiempo malgastado, pero no todo el mundo lo ve así, y es legítimo porque hay una carga de trabajo... que al final pierdes 2 horas para hacer una reunión de equipo, antes se hacía a la hora de la comida, pero las psicólogas no podemos estar 4 pacientes en la mañana, 4 pacientes por la tarde y en las horas para comer tener una reunión, esto no es sostenible en el tiempo, o sea, nos tenemos que cuidar. Entonces cuando se planteó meterlos en el horario laboral, fue cuando vino este problema, en dónde lo metes, si la metes pues quitas horas de paciente para las psicólogas.

GC: pero entonces ¿cómo hace el equipo para supervisar? porque si todos están...

MA: es que el equipo somos 3, antes tenía más sentido porque éramos más, pero al ser tres, pues hombre, si tienes que hablar algo en concreto, nos reunimos, por ejemplo yo que sé, “oye vamos a hablar de cómo vamos a organizar el tema de los voluntarios o el tema de las prácticas, pues venga vamos a buscar agenda”, un hueco, la cerramos todas y nos reunimos, pero no es algo periódico, o sea es cuando hay una demanda y la cubrimos.

GC: o sea ¿no tienen una cosa de, cada quince días nos reunimos, y ahí nadie pone paciente o alguna cosa así?

MA: no, no si hay alguien tiene una demanda, la pide y no pasa nada, y además, pues sí vamos a mirar agenda, de todas maneras en general, como sus casos y mis casos son tan independientes y trabajamos de una forma tan independiente, aunque sería muy bien que nos comunicáramos, al final no hay ¿sabes? Con quién sí nos coordinamos más, es con la persona que tiene que sacar las primeras entrevistas, porque ella tiene más información, quiero decir porque la otra psicóloga, de mis casos no conoce nada, yo de sus casos, no conozco nada, ¿sabes?, o no... las ves, algunas son hermanas de las mías, pero cada quien su caso... antes cuando venía la trabajadora social, pues también tenía más sentido, porque intentábamos dar una cobertura, pero ahora con lo cual tampoco podemos hacer nada de eso, te buscas tu las castañas y como puedas, aquí es de buscarse uno mismo las castañas.

GC: por eso pregunto, porque por un lado está la preocupación de que el cuidador se cuide ¿no? pero tener pacientes en la mañana, en la tarde a que horas...

MA: lo que del cuidador se cuide es una preocupación de algunas personas, aquí no tienen en cuenta nada, nada. Aquí tú pones los límites, los límites me han costado mucho, habido muchas peleas y que no están visto bien por algunas personas, pero da igual, porque hay que cuidarse, porque si no, no es sostenible en el tiempo, si fuera por determinadas personas, tendríamos que formar... de hecho con el tema de la formación ahora me lo estoy planteando, porque con la reducción de jornada y todo, yo no puedo trabajar la jornada completa, porque te coges las horas, pero “¿tú sabes cuántas horas me debéis?, ¿cuándo me voy a coger las horas entonces?, ¿no vengo a trabajar?”, es absurdo, lo hago porque me gusta el tema de la formación, pero me he planteado que claro todo tiene un límite.

GC: pero me parece a mí, no lo sé, que ese es uno de los defectos de las ONG's, que parece que tienen que ser salvadoras del mundo y que no pueden tener un límite de horas, sino que tienen que trabajar 24 horas y si siguen a 48, 48 horas las trabajan.

MA: totalmente de acuerdo, es curioso que solamente se piensa en las personas que no están trabajando aquí, son cosas tan absurdas como, mira cuando yo cuando entre aquí, nada más entrar recién licenciada como quien dice, me plantaron 80 pacientes, ¡80 pacientes!, que dije, pero vamos a ver ¿vosotras sabéis lo que es la responsabilidad de esto? Si a mí me pilláis formada es por qué es una cosa mía, pero ¡80 pacientes!, salgo de aquí... uff, veía 8 pacientes todos los días, de lunes a viernes y claro, el fin de semana fatal, entonces fue una de las cosas que empecé a pedir y una las cosas que empecé a introducir, dije es máximo 7 pacientes, 4 por la mañana y 3 por la tarde, con una hora ¿no?, siempre intento que haya una hora antes, porque aquí entrabas, entrabas a la vez que las pacientes, o sea que mi horario es de 9 a 2, a las 9 ya tenía paciente y yo decía “no, yo tengo que entrar, beber agua, coger mis fichas, mis expedientes, ver que tengo”, aunque yo me planifico las sesiones, pero mínimo ver que tengo, porque además la agenda la toca todo el mundo y yo no sé qué me voy a encontrar cada día, entonces ya empezamos a cortar no, planteamos una hora y luego empezamos las sesiones, hacer el descanso de la comida y en la tarde, yo siempre me pongo 3 porque ahora estoy menos, pero mi compañera se pone dos, ella está todos los días, de manera que pusiéramos 6 o 7 pacientes máximo y una tarde libre o sea una tarde sin pacientes. Los viernes en la tarde no trabajamos, lo hacemos así, son cosas que vamos poniendo, esto es pelea tras pelea, no es nada fácil, como la lista de espera, es absurdo cuando yo les dije, “pero vamos a ver, cómo voy a ver 80 pacientes”, es absurdo, voy a seguir cogiendo, pero no... O sea esta es una de mis peleas que sigo manteniendo y que yo ahora, con mi cambio de horario, lo he conseguido, pero tengo que estar todavía enfrentándome, cuando me dicen “es que tengo muchas nuevas que poner”, “ya pues yo no tengo cupo”, “pero es que se quedan sin atención”, “ya, lo siento en el alma”.

GC: ¿y qué pasa si no hay lista de espera aquí?

MA: que se ponen, a mí no, pero se ponen, bueno a mí no hasta hace poco, ¿y qué es lo que pasa?, que hay mucha gente que se va, porque evidentemente hay gente que no resiste como es lógico.

GC: y ¿hay más centros en Madrid, que atienden a estos pacientes?

MA: hay uno más, que también está saturado, que es el que nace cuando a nosotros nos quitaron la subvención nos la quitaron a nosotras para dárselas a ellas, el centro se llama CIMASCAM.

GC: e igual ¿atienden clínicamente pacientes de este tipo?

MA: claro, solo de este tipo, lo que pasa es que ellas están en una situación mejor que como estábamos nosotras antes, porque ellas tienen la subvención que les da la Comunidad de Madrid, que cubre bastante, están saturadas porque todos los servicios públicos están saturados, pero hay cuatro o cinco psicólogas, hay dos trabajadoras sociales no tiene nada que ver. Bueno cuando nosotros estábamos y yo empecé, estábamos así.

GC: y otra cosa, antes dices que tenían trabajadora social, abogadas, etc.

MA: abogada tenemos aun

GC: ¿cómo se da ese **trabajo interdisciplinar** en el sentido de que si alguna paciente quiere a denunciar, si hay alguna asesoría legal?, sobre todo en el caso de las agresiones sexuales recientes

MA: claro, aquí damos asistencia gratuita tanto psicológica como jurídica, aquí se lleva el caso no solo la asesoría, aquí se lleva el caso, se lleva al juzgado, te llevan todo. Entonces nosotros inventamos, antes en la coordinación de equipo, que ya no la hay como tal, ahora lo que hay es, te busco por el pasillo si te tengo algo que decir de una paciente o de una usuaria o lo que sea, pues nos buscamos, o nos llamamos o vamos viendo, intentamos coordinarnos porque también

nosotros hacemos informe, de los casos jurídicos nosotras hacemos un informe, tratamos de coordinarnos con la abogada, yo preparo el juicio también a las personas, y luego vamos a un juicio.

GC: estas cuestiones periciales ¿se realizan también si la persona que viene, que acaba de ser violada?, por ejemplo ¿hay algún tipo de atención médica o coordinación con algún tipo de atención médica, para que después reciban asesoría psicológica y jurídica aquí?

MA: Claro, o sea a ver, lo que es el protocolo de Madrid, en Madrid hay un protocolo nosotros, estamos dentro de ese protocolo, para que cuando vengan con nosotros ya hayan tenido su atención médica, somos la tercera fase del protocolo.

GC: pero las personas que han sufrido ese tipo de agresiones ¿conocen este **protocolo**?, ¿cómo hacen?

MA: no, pero los recursos sí, entonces, a quién vayas tienen que mandarte en ese orden. Aquí en el Ayuntamiento de Madrid, porque algunos municipios de Madrid lo siguen, pero no todos, el protocolo es: policía primero, pero hay que empezar por que no es obligatorio denunciar la violencia sexual, no es obligatorio denunciar, la violencia de género, sí, entonces son dos protocolos distintos, el de violencia sexual y el de la violencia de género, te cuento uno y luego te cuento el otro.

GC: pero uno lleva al otro o lo trae implícito

MA: Claro, porque para nosotros la violencia sexual es violencia de género, como concepto, pero para la Ley no, la ley divide los dos delitos, ahora igual por parte de la violencia de género hay cambios, pero de momento no hay cambios. La ley de la violencia de género en toda España cometida por la pareja o la ex pareja, todo lo que esté fuera es violencia sexual por ejemplo, si una violación la comete mi ex novio va por violencia de género sí la violación la comete el chico con el que acabo de ligar en... alguien desconocido o un familiar mío va por las leyes de violencia sexual. Entonces la violencia de género es un delito aquí en Madrid y en España, es un delito público, quiere decir que todo el mundo está obligado a denunciar, con lo que diga la chica se tiene entre comillas, que tomar en cuenta porque los recursos especializados si lo tenemos en cuenta, pero va por nuestra cuenta y riesgo, pero hay que denunciarlo, eso quiere decir que vaya a donde vaya, tiene que hacer un parte y hay que hacer una denuncia, entonces eso es distinto. La violencia sexual no, depende de lo que ella quiera, entonces si ella no quiere denunciar, se le puede aconsejar que vaya a un centro como el nuestro a terapia, pero todo lo demás no se activa, si ella quisiera denunciar, el primer paso es la policía y hay una policía en concreto, una unidad que está en la calle Federico Rubio y Gali, aquí en Madrid y es la única comisaría que recoge este tipo de denuncias, entonces si vas a cualquier otro centro de policía te mandan ahí, te deberían de llevar aunque no siempre te llevan, una vez allí es la primera parte, después de poner la denuncia te llevan a un hospital, que también hay uno de referencia, que es el Hospital de La Paz aquí en Madrid, ahí llaman al forense, si tu vas a cualquier otro hospital a hacer una denuncia de agresión física, nadie te toca, te llevan al Hospital de La Paz, porque el forense solo se desplaza ahí y solo se desplaza si hay denuncia, por eso, tiene que ir primero a la policía y entonces ahí te harían el reconocimiento ginecológico, pero el forense, ahí le dan también, si es necesario de los retrovirales para el tema de enfermedades de transmisión sexual, la píldora, etc., te lo dan ahí si es necesario, y a partir de ahí, ellos tienen una hojita donde tienen nuestros servicios y otro, para derivar, entonces ya vienen.

GC: o sea antes del proceso terapéutico ya tiene que haber sido atendidos médicamente

MA: sí, si es algo así reciente, porque por ejemplo aquí vino una chica a decir que “hace 2 meses, en las fiestas de mi pueblo, pues el novio de mi primo, pasó esto y me violó, pero yo apenas lo recordaba y ahora que soy un poco consciente, por eso vengo ahora”, entonces el primer lugar a donde acude es a nosotras. Entonces la pregunta es ¿qué quieres hacer?, si quieres denunciar, tienes que activar todo esto, tienes que ir a la policía y luego tal, luego tal... si no, pues no”, en el

caso de esta chica, no denunció. Nosotros en general siempre animamos a la denuncia, pero esto algo es muy general, porque luego cada caso particular es cada caso, nosotros siempre respetamos los miedos, entendemos que es algo muy personal y además frente a una denuncia, te vas a tener que enfrentar a muchas cosas, entonces yo prefiero siempre decirlo y que la persona no se encuentre sorpresas por el camino y que, si estás preparada, estás preparada, animamos un poco, “por ti misma, por tener esa voz”, pero hay personas que les compensan más otras cosas en ese momento de su vida. Es una de las peleas que tenemos las abogadas y las psicólogas, porque claro, las psicólogas lo vemos como “si más adelante quieres denunciar pues yo te apoyo” y la abogada dice “pero a buenas horas” pues el tema legal no tiene ninguna viabilidad. Entonces nosotras lo peleábamos, bueno ¿y qué?, de si es para que ella siente que tiene voz y voto, pues ella sabe que cuando es demorado, las posibilidades de ganar son mínimas, pero su derecho lo puede ejercer si quiere, entonces hay alguna que de todos modos puede hacerlo si quiere, aunque tenga que pasar esa situación, pues vamos a ello. Entonces sí que hay coordinación, sobre todo por eso porque al final tenemos que ir a los juicios también.

GC: y ¿a qué hora se van a los juicios?

MA: aquí en los juzgados, cuando ellos lo consideren, o sea que si tienes un juicio te tienes que aventar toda la mañana.

GC: o sea que no puedes poner ningún paciente a esa hora.

MA: no, nosotros somos siempre las últimas en entrar, siempre, tienen su protocolo, entonces eso puede ser a las 12 o a las 16 hrs., depende del número de testigos, de un montón de cosas, más allá que los juzgados se sienten los reyes del mambo y entonces tu tiempo no significa absolutamente nada, entonces esa parte jurídica, si que intentamos cuidarla mucho, intentar que vayan acompañadas, porque aunque hay, no enfrentamiento, pero sí posturas enfrentadas entre las abogadas y las psicólogas, que está bien porque cada nos aportamos, pero intentamos que sea con un equilibrio, porque de verdad si fuera por las psicólogas perderíamos todos los casos, pero...

GC: ¿Qué más te gustaría añadir, así de tu trabajo, de tu experiencia, de lo que rescatas de ella, de lo que te gustaría **mejorar**?, como que siempre hay en estos proyectos un, “así ha sido, quiero cambiar, quiero llegar acá”, ¿qué hay para tí en este sentido?

MA: yo creo que aquí, como sistema de CAVAS, yo creo que sí tengo una de las espinitas que tengo, a me gustaría instaurar, que en otros he visto en donde trabajo lo tengo el tema de cuidados para profesionales lo tenemos y es una maravilla y me gustaría eso es una de las cosas que me gustaría tener aquí en este equipo es muy difícil pero no pierdo la esperanza eso por un lado, a nivel...

GC: antes de que pases esa otra cosa, ¿crees tú, que eso tendría que ver con que si las personas que atienden y que no se cuidan, no han pasado por un proceso terapéutico en el que se apoyen a sí mismas?

MA: no lo sé, no lo sé, porque en realidad, no sé si lo han pasado o no, no sé, si las personas que no ven eso tan importante ¿sabes?, no conozco, o te lo puedo decir, si lo han pasado o no, no lo sé, yo lo que transmito, sobre todo... es que esto yo lo intente con otra psicóloga que se fue, pelear desde el principio, pero es verdad que ahora que he salido, intento devolverles la forma de trabajar en otros equipos, pero no, no cuadra. También es distinto, yo creo que este trabajo quema mucho, si no te cuidas, más, pero además no el trabajo en sí, lo que nos ha quemado, yo creo, no es el trabajo nivel de terapia, sino las condiciones, son condiciones duras de aguantar, como trabajadoras estamos muy poco cuidadas y entonces, es difícil aguantar eso, mi motivación es, yo misma les digo “yo estoy aquí, porque lo que hago cuando cierro la puerta del despacho, me llena profundamente”

GC: o sea a eso te refieres con quemadas, ¿que están descuidadas, que están afectadas?

MA: Afectada psicológicamente no creo, pero el ambiente del trabajo muchas veces sí, porque aquí no se tiene en cuenta muchas cosas no se tienen en cuenta

GC: Bueno una cosa influye en la otra no

MA: Cierto, es verdad que quema mucho, ya no solo la situación interna de aquí, si no la situación que vive España respecto de las subvenciones con todo esto, al final todo tiene que ver, si al final dejas de cobrar 5 meses, evidentemente el ambiente cambia, porque el nivel de trabajo sigue siendo el mismo y poco más, porque cuando peor estamos de dinero, es cuando más hay que trabajar para buscar.

GC: y con qué tiempo ¿no?, buscas y haces. O sea, ¿todas las ONG's aquí en España tienen que tener una aprobación o subvención de parte del gobierno?, o ¿hay algunas ONG's que pueden buscar sus recursos con fundaciones privadas? y esas ¿también están internacionales están obligadas a rendir cuenta a la Comunidad de Madrid?

MA: No creo, nosotros no rendimos cuenta la Comunidad de Madrid, por ejemplo tú solo das cuenta de tu subvención a quien te dan ese dinero, lo justificas ante la entidad que te lo da. Si a mí me da X dinero, yo que sé, el Ayuntamiento de Parla me da X dinero para dar hacer una campaña de sensibilización, yo tengo que justificarle a ese Ayuntamiento en qué empleado ese dinero. Pues en estos casos la psicóloga que se ha encargado de tales actividades las justifica, entiendo que con una entidad privada igual tienen que justificar el dinero que invierten, aquí si se justifica todo.

GC: y así como tienen que hacer informes jurídicos de los casos, etcétera, ¿existen en CAVAS alguna reglamentación o es necesario que haya un expediente clínico de los casos, y a partir de ello, alguna cuestión estadística de los casos que se atienden?

MA: hay una base de datos donde se recogen ese tipo de cosas, nosotras también estamos dadas de alta, en el tema de la protección de datos, entonces tenemos los expedientes en la propia base de datos, están reglados claro, bajo el tema de la protección de datos.

GC: pero el caso clínico concreto.

MA: no, yo por ejemplo tengo mis notas de cada caso.

GC: pero ¿hay una serie de expedientes clínicos?

MA: claro, aquí no son clínicos como tal, aquí es un conjunto, en una base de datos, en un expediente que está sujeto a la ley de la protección de datos, en ese expediente se aportan los datos jurídicos por ejemplo, de lo que se ha ido haciendo y se van aportando y a nivel en psicológico igual, aportando el número de sesiones, cosas concretas, de lo clínico cada una lleva su propio registro, sus notas o como se apañe.

GC: **publicaciones** ¿tienen aquí, sobre las experiencias, testimonios o estudios a partir de este tipo de atención?

MA: Experiencias no, estudios ¿de qué tipo?

GC: Psicológicos o sea si van a publicar algún artículo en una revista de Psicología X sobre los tipos de agresiones sexuales sobre la prevención o sobre algún caso clínico

MA: está esta guía, te la puedes llevar, es la guía que se hizo hace bastantes años, ya luego habido cosas modificadas, porque es antigua, pero es un poco la base del tema de la prevención, y luego te la puedo enseñar, pero tú te la puedes descargar, es mi tesis, la hice con gente de aquí porque además sitúa un estudio, que es este, pero que lo recoge la tesis, un estudio hecho en el 90 y algo, y aquí hay una parte descriptiva que recoge todos esos datos, de si el agresor ha sido el padre o un caso familiar, etcétera, pero este sobre agresión sexual, no es abusos en la infancia, este lo hicimos sobre agresiones en la etapa adulta.

GC: ¿la hiciste con alguien más?

MA: No, la hice yo, me supervisaron los directores, no había de equipo, de hecho esto son de las cosas que aquí no se ha favorecido hacerlas, es por tu cuenta y riesgo, en mi tiempo libre, cuando en otros trabajos para la investigación o temas de doctorado y tal, te dan tu tiempo, aquí nada, es por tu cuenta y riesgo.

GC: ¿ésta la puedo consultar?

MA: sí, está en internet, si no te la puedo mandar por correo, en la parte la bibliografía sí que recojo lo que había en ese tiempo sobre agresiones sexuales, que una de ellas es este estudio y un poco más, de agresiones eh?, no de abuso en la infancia.

GC: y ¿sabes que haya habido investigaciones sobre abuso?

MA: las hay, las que había las recojo, no hay mucha. En España no hay casi investigación como tal. Hay un libro que se llama “El coraje de sanar”, que no es de investigación, pero lo usamos mucho, y de investigaciones, no te creas que hay mucho tema.

GC: es ese sería un gran reto ¿no?

MA: Yo en ese sentido estoy de acuerdo, lo que pasa es que luego me fui a la parte más de niños y para mí un gran reto es **crear materiales que no existen** ¿no?, por ejemplo, aquí tengo dos de mis juegos de TEA, este y este, que son los juegos que hacemos y ahora estamos con otros dos, entonces son temas que a mí me generan más reto, o sea me gustan más, primero porque me divierto más también, a mí me gusta mucho disfrutar del trabajo, entonces es verdad que cuando me pillo un poco desmotivada, me busco algo, porque este trabajo siempre lo he disfrutado mucho, a pesar de todas las cosas negativas que haya a nivel institución.

GC: ¿cuáles crees que serían los aspectos positivos de la institución para atender estos casos?

MA: me cuesta trabajo encontrarlos, **a nivel institucional** me cuesta encontrarlos, ¿cómo institución, de organización de ONG o a nivel más alto?

GC: digamos de aquella institución, yo creo que la ONG, que atiende ese tipo de casos

MA: hombre, si hay una motivación, independientemente de las cosas que se hagan mal, que las hay, creo que si hay motivación de ayudar, que eso sí que está ahí, eso si es así, en este caso hay una motivación feminista en la que sí que hay una parte de empoderar a las mujeres, de luchar por o de quitarse esta lacra de violencia, y eso está, yo creo que está en cada una de las componentes, aunque cada uno lo lleve a su manera, pero eso está en todas y es positivo, o sea a mí esa parte si me la ha portado la gente que hay aquí, yo creo que ya venía con ella, con una espinita y con muchas de las personas que han ido y venido y que me he encontrado, eso ha ido creciendo, esa solidaridad entre mujeres, yo creo que sí es bonito, si es bonito incluso que haya cosas que no, pero lo otro está por encima y cuando hay un momento en que quizás haya un momento malo, al final echamos una mano, porque al final te abstraes de esto y hay como algo más allá, por eso seguimos, porque si no...

GC: Claro, pensando más en los resultados. Y hablando de **resultados**, ¿qué tipo de resultados ves tú que se crean en las pacientes, en el sentido de la permanencia de los mismos?, si hay algo que en ese proceso de cambio que permanece, o si tienen testimonios de que permanezca más allá de siguiente recaída, que a lo mejor es que no se cerró bien o se fue antes o cualquier eventual de estas.

MA: bueno, hacemos seguimientos más a largo plazo, y yo como muchos casos, doy el correo, tengo la suerte de que alguna me escribe, por ejemplo, hace unos meses vino a visitarme una que estaba por aquí para que conociera a su segundo hijo y cuando yo la di de alta no tenía ni pareja, entonces pues es muy bonito, yo creo que cuando hay un alta que das y que consigues ese cambio interno, cuando se consigue ese cambio más profundo, ese cambio se mantiene, independientemente de que haya momentos en la vida, cómo puede haber en la mía, momentos más difíciles en donde yo esté peor, pero hay una base que se mantiene, pero hay muchas veces que se van y sabes que ese cambio no se ha hecho y que van a volver, que han

cambiado cosas, pero no es profundo y vuelven claro, o no, a lo mejor buscan otro recurso, o lo que sea, pero sí, yo creo que hay determinados cambios, sobre todo estas terapias tan largas de 4 o 5 años en donde trabajamos a un nivel como mucho más profundo, y cubrimos una época amplia de tiempo, para que te puedan ocurrir diferentes cosas de tu vida.

GC: puede haber cambios que tengan que ver con el control inmediato de las situaciones

MA: de esos cambios se dan siempre, al principio

GC: eso siempre, pero a nivel de, no sé si la diferencia sería a un nivel de cambio respecto de la posición subjetiva respecto de lo que les pasó y de cómo se miran a sí mismas después del evento.

MA: eso, tal cual.

GC: qué hace que lo demás, los **cambios** extra sean por añadidura, cómo recuperar el control, pero como por añadidura de esto

MA: Yo creo que ahí está el clic, en el que de repente todo lo ven de otra manera, se dan cuenta, es decir “yo no tengo nada que ver con esto, no es parte de mí, es algo que me ha ocurrido” y lo pueden sacar de su identidad, porque muchas vienen como “soy”, y muchas veces lo trabajamos, “tú no eres, a ti te ha pasado”, qué es distinto, y cuándo empiezan a verlo de esa forma y entender que su valía no está en relación con nada de lo que les haya pasado de esto ¿no?, y a retomar el control, yo creo que ahí hay un cambio profundo.

GC: ¿crees que llegan o no sé si la institución o la sociedad lo fomenta, que en algunos casos llegan en esta posición de “soy víctima”?, pero ¿de dónde viene eso?, ¿de la institución, del hecho?

MA: fíjate, yo creo que de hecho no, del hecho viene casi lo contrario, viene la culpabilidad, pero en algunas personas que a lo mejor han vivido otro tipo de cosas, o de más situaciones traumáticas, también las sociedad les devuelve de alguna manera esto, o de su posición en la manera de enfrentarse a todo lo que les ha pasado y en ese momento, solo pueden ponerse en la posición de víctima, porque culpabilizarse de todo pues no, alguna sí, yo en concreto he tenido dos bastante resistentes en ese tema, de hecho una seguimos ahí y en ese caso...

GC: que no se mueve de la posición de víctima

MA: no, una me costó bastante, pero con el vínculo que tenemos entre nosotras, al final se lo pude devolver, le dije “mira yo creo que estás en una posición en la que no coges el control de todo lo que te pasa, no tienes la culpa de lo que te pasa, pero si tienes esa responsabilidad, que también es tuya, los demás no podemos hacer nada, si no tomas esas riendas, solo podemos acompañarte”, pero además tenía con su pareja, una posición de que, todo lo que pasaba era culpa de todo el mundo menos de ella ¿no?, es verdad que ella se enfadó, pero volvió a la siguiente sesión y me dijo “tienes razón, lo he estado pensando y es verdad, todo el mundo me ve así, todo el mundo me trata de pobrecita y yo he asumido que soy pobrecita”.

GC: y le ha sacado jugo a los síntomas secundarios ¿no?

MA: es lo que le devolví, yo le dije “claro esta es una posición en donde...”, entonces eso es algo que a ella le enojaba mucho, pero no entendió, y a partir de ahí me dijo que le ayudáramos, en la parte de la ayuda yo le dije que tenía que traer a la pareja, que no le iba a gustar nada, “porque hay que cortar estas situaciones que mantienen estas ventajas que tu sacas” y lo hicimos, le costó pero lo hicimos y ella bien. Pero esta otra persona, es de las que a mí, por ejemplo, me genera mucho el “no sé qué hacer”, son muy resistentes, con trastorno de personalidad, esta lleva muchos años aquí y no hay cambio, la he derivado a varios recursos porque considero no tiene ningún sentido si no estamos avanzando, pero no cuadra en ningún sitio, no tiene dinero tampoco para pagar algo más continuado y tiene una posición así, muy de víctima, pero no es lo habitual.

GC: ¿no crees que el hecho de que haya alguna –no sé si hay **instituciones** que se llamen así en específico–, pero que una institución se llame como “...víctimas de...”, donde “víctima” tiene un poli sentido tan fuerte, que la misma sociedad lo fortalece, la gente se lo apropia y destaca las ganancias secundarias al respecto y no se mueven de ahí?

MA: totalmente de acuerdo, de hecho la palabra que yo utilizo, por ejemplo en la tesis no me dejaron utilizarla, la utilizo en la introducción, pero luego por el concepto legal de víctima es superviviente, me gusta más la palabra superviviente, es algo más bueno, pues “has sobrevivido a algo qué te ha ocurrido y ahora tú estás en un proceso de cambio”.

GC: Aunque se usa el término de resiliencia ¿no?

MA: Sí, la resiliencia, sí que usamos el tema de la resiliencia, a mí personalmente no me gusta, se usa. Esta asociación se creó hace muchos años, entonces hay cosas como el nombre, el nombre de la Asociación, es peor todavía que el centro, pero claro, hay que entender cuándo se hizo ¿no?, y era un momento en el que había que visibilizar esta violencia, pero imagínate hace 30 o 40 años, y entonces es verdad que hay una asociación que se llama Asociación de Mujeres Violadas, horrible, a mí parecer es horrible, pero tiene ese sentido, entonces luego se puso el centro. Entonces el centro tenía el nombre y es el que usa, porque es verdad que tampoco se cambia tanto, hay un nombre que es el conocido, el extendido y es más difícil de cambiar, en ese sentido porque al final tienes un histórico y te perderías, pero por ejemplo, en las formaciones, en las charlas, sí se utiliza el término de superviviente. Hay una frase de Barudy y que me gustan mucho que dice algo así como “víctima del sentido, padeciste una situación en el pasado, en el presente eres una persona supervivientes y en el futuro una persona viviente”, es decir cómo, esto se quedó en el pasado, en el presente sobrevivo a esto, pero en el futuro vivo mi vida”, entonces yo desde ese enfoque me siento mucho más a gusto. A mí el término de víctima también me rechina una barbaridad, pero es el término legal, y está tan relacionado a esto porque es un delito, en la parte legal hay que unificar terminología y criterios, porque si no es una locura claro, entonces va por ahí.

GC: es un término que pesa demasiado

MA: aquí hay personas que, yo me acuerdo de una haciendo MDR que estuvo aquí mucho tiempo, que me decía “es que no quiero ser víctima, asumir que me ha pasado esto, implica ser víctima”, ser víctima tiene esa connotación negativa, más en una mujer me feminista, con lo cual, ahí tenemos ese riesgo para bien o para mal, que te empodera tanto, que a veces te crees inmortal y no, y entonces esa parte le ha costado mucho, es verdad que hay que intentar, le digo “vamos a intentar entender esto como un término legal, porque hay que ponerle un nombre, pero ponle el nombre que tú quieras ponerle”.

GC: porque si se puede llegar al hecho de negar el hecho mismo

MA: claro, en este caso ella no avanzaba por negarlo, exacto, porque entonces si lo aceptaba ella era una víctima y esa personalidad no cuadraba con todos esos ideales y principios que ella tenía. Pues tardamos en darnos cuenta que era eso, que estaba negándolo ¿no? por eso yo creo que al principio te decía, “yo no soy muy amiga de las etiquetas”, pero en general lo de supervivientes, lo uso en temas de formación, pero en general no uso ninguna palabra, siempre digo “has sufrido, has vivido, has tenido esta experiencia”, es decir cómo, intento sacarlo de la personalidad, de la identidad, no quiero que se identifiquen con algo que han vivido, es algo que te ha pasado, tú no eres eso.

GC: sí, no hay una asociación de atención a los atropellados...

MA: eso es, tú no eres, tú has vivido, y muchas veces ponemos ese ejemplo, salvando las distancias, es vivir una situación traumática que evidentemente tiene secuelas, pero no eres tú, no tiene que ver contigo y entonces, desde ahí intentamos ese enfoque para sacarlo de la persona, pero con lo que ocurre en la infancia es más difícil porque la persona ha crecido alrededor de eso, claro.

GC: y cuándo tienes que hacer una derivación sobre estas cuestiones, sobre todo de abuso que requiere un trabajo más profundo, o que requieren una cuestión de ubicar en qué momento se dio esa identificación con, tanto con el papel de víctima, como con el de la seducción del violador, o del padre o del familiar, del que sea que abusó, ¿cómo haces, tienen ustedes una red de derivación o lo haces de manera personal?

MA: para ese tema no se deriva, porque este es un recurso especializado, no hay otro, con lo cual ese tema es aquí o aquí. Por ejemplo, hay alguna que me lo ha planteado, o que yo veo que tiene más posibilidades económicas y que me ha planteado ella misma otra cosa, siempre le digo yo, este es el recurso gratuito, no te puedo ofrecer otra cosa, si tú me lo planteas abiertamente, te puedo ayudar a buscar personas, pues por ejemplo una vez he derivado a una señora que estuvo aquí, que conozco de la formación, sé que ha estado en este tema, pero no es frecuente, porque como tal, no trabajamos aquí y yo tampoco puedo derivar a ningún recurso privado, no tengo esa... entonces cuando hablo de derivar por ejemplo, es cuando surgen problemas de alimentación, aquí no se trabajan los tipos de problemas de alimentación y entonces buscamos un centro donde se pueda trabajar, o si hay un tema de drogas o si hay **otro tipo de sintomatología**, a lo mejor lo que es la parte del abuso, que como tal hemos trabajado, pero que salen otras cosas, porque también hay otras vivencias en la vida, o sea quiero decir, que muchas vienen como “no es que he sufrido un abuso y todo me pasa por el abuso”, pues no, eso también es una cosa de las que tenemos que trabajar, no tiene ese poder, entonces sigue trabajando una situación de abuso y luego, yo después le devuelvo que igual hay otro tipo de cosas que se pueden trabajar en otro centro, podríamos trabajar aquí también, a veces cuando hay alguna requiere más explicación, le digo “si yo fuera una psicóloga a la que tu vinieras, trabajaría todo de manera integral”, pero como no estoy en ese centro me tengo que quedar con esta parcela, entonces en algunos casos, mira por ejemplo, ésta que le costaba trabajo identificarse, que ya estamos terminando esa parte, sí que hay otras partes, temas de alimentación, temas de control absoluto que tiene ahí, pues a ella le he devuelto que yo creo que le vendría bien una terapia que integrará todo ¿no? Porque yo... aunque hemos coleteado las cosas, pero más centradas en una parte, y aunque esa parte evidentemente, llevamos cuatro o cinco años de terapia conlleva todo, y en este caso es muy profundo, pero hay cosas que creo que tal vez fuera poco tiempo, y que necesitaría una visión integral, se integraría en todos los cambios en uno, entonces a ella le pareció muy bien, ella tiene posibilidad de hacerlo, buscamos y entonces yo ahí ya me coordino, yo siempre me ofrezco, hay personas que no quieren esa coordinación, yo siempre me ofrezco, hay personas que usan eso y otras que no, no uniforme, pero no me da la vida, pero lo que les doy es teléfonos, entonces que llamen acá, las coordino, las devuelvo y así le hacemos

GC: pero eres tú sola que tienes esa red a quién derivar, a quién decirle o les ayudas a buscarlo o ya tienes tú a alguien

MA: ya te digo que yo tengo carpetitas y materiales y lo que yo encuentro lo voy cogiendo, en general intento ayudarlas, si ellas conocen, yo les pregunto, tú tienes acceso, conoces a alguien, tu sabes... intento ayudarlas siempre de los de servicios gratuitos, porque yo estoy en un servicio gratuito, entonces yo les muestro lo que hay, más o menos lo que yo conozco, intento estar alrededor de esos temas con mis compañeras, siempre en reciclaje, “ay a ver este recurso, pues enséñamelo...” Pues entonces, me voy haciendo como una red de recursos, la red de mujer la conozco entera y la de salud prácticamente, pero luego hay cosas que luego se te pueden escapar, que a veces hay que derivar a la trabajadora social o a los servicios sociales, que a lo mejor ella en su barrio tiene más conocimiento, entonces dependiendo de... y lo gratuito que es muy poco, tampoco creas que hay mucha opción, entonces lo que es en el nivel privado, ahí intento no entrar, a menos que sea alguien de mucha confianza a lo mejor, pero éticamente, quiero decir, intento que no, ¿a quien te voy a derivar? intento derivarte a gente que conozco, tal vez hay alguna persona brillante, no lo sé, pero igual yo no lo conozco y nunca te voy a derivar a alguien que no considere que no vaya a cuadrarte, de hecho yo tengo varias conocidas

con perfiles distintos, que a mí criterio, me puedo quitar equivocar ahí, me parecen muy buenas profesionales, entonces es verdad que en función del perfil, si me preguntan por una u otra, tal vez tú puedas encajar aquí ¿no?, pero intento no hacerlo, solamente los mínimos casos.

GC: porque cuando hay que hacer una derivación a una cuestión privada, evidentemente saben que hay que pagar del servicio

MA: Claro, por eso por eso intento, como esto es un servicio gratuito, salvo alguna que te diga “no, dame algo privado, no me importa si tengo que pagar y tal” entonces además, intento ser sincera, le digo “mira yo no conozco todo, igual en el Colegio de Psicólogos te pueden dar más información” yo te puedo decir lo que está más a mano mío, algunas les vale y algunas me piden el teléfono psicólogos y para preguntar

GC: pues es curioso, porque al no cobrar el servicio, vuelvo otra vez a lo del cobro porque la Comunidad de Madrid cobra servicios, o sea la biblioteca, bueno la biblioteca pública no, pero clases en los centros culturales las cobra, las albercas las cobra, aunque sea público entonces...

MA: pero todo lo demás no, pero todos los servicios de la Comunidad de Madrid y nada de la red de mujer, es gratis y todo lo de sanidad es gratuito.

GC: la cuestión ésta que decías, de que estén enganchadas, de crear un vínculo, de que se comprometan con su proceso, como no cobras el servicio no sé, si ves la diferencia, de que haya un enganche mucho más pronto cuándo se le cobra a la paciente, porque está invirtiendo en sí misma, de acuerdo a sus posibilidades.

MA: sí, un estándar

GC: no necesariamente como en el caso privado, sino por ejemplo, hasta incluso devolverle la pregunta “¿tú cuánto puedes invertir en ti?” cuando ellas enfocan la situación de esa manera, no es cosa de que yo te voy a quitar tu dinero o de que yo e voy a cobrar y el dinero me lo quedo yo, es decir...

MA: lo que pasa, lo que te decía antes, como esto lo cubre el Estado, en nuestro caso la Comunidad Madrid, pero bueno podríamos decir es el Estado, no solo esto sino toda la red, quiero decir que es un poco así, yo creo que ellas se invierten muchas veces en tiempo, entonces cuando tú mantienes ese compromiso, hay un esfuerzo, en general cualquier terapia lleva su tiempo y su esfuerzo, pero en general, este tipo de situaciones son peliagudas, no es muy agradable ni remover, ni venir a hablar cuando ya estoy más o menos, vengo aquí, me deja la psicóloga como... no entonces yo creo que va por ahí, yo creo que el tema del dinero, sí que habría diferencia, pero es una barrera que se pasa rápido, también tienes que conocerla o plantearlo de otra manera, o buscar que tenga ese coste para ellas desde el tiempo y el esfuerzo.

GC: Un coste más simbólico, pero que lo tenga

MA: Claro

GC: pues esta entrevista ha sido muy rica, no sé si quieres comentarme algo más

MA: no, pues espero que te haya ayudado

GC: mucho, en el sentido que hay muchas maneras diferentes de abordar este tipo de casos y generalmente en las consultas privadas, el tema sale mucho después, como que va saliendo poco a poco y en las instituciones el hecho de resaltar el síntoma como “víctima de agresión sexual”, hace que la gente llegue ya con ese asunto a tratar.

MA: ah, claro, aquí llegan directo al asunto, claro.

GC: pero también existe esa otra dificultad, de que al mismo tiempo al ser institución, o en otras instituciones también, aquí por lo que me dices pueden durar varios años, hay un recorte de tiempo para ser atendidos, porque hay una lista de espera.

MA: Sí, hay número de sesiones en muchas instituciones hay X número de sesiones, o número de meses.

GC: incluso en las aseguradoras privadas pueden incluir un tratamiento psicológico breve de diez sesiones y ya está, y entonces esto de delimitar el tiempo cronológico es lo que provoca que mucha gente acuda o no termine.

MA: claro, aquí la cuestión de limitar, es un asunto que en algún momento se ha planteado y eso sí que me parece una aberración porque cada proceso es único, cada persona es un mundo y cada psicóloga es un mundo, cada momento, en mi misma, cada momento e m vida es distinto.

GC: Y entonces iba la pregunta por ahí, porque el hecho de tener por ahí un manual, un protocolo desde la institución, hace que se aborde la problemática de manera muy frontal y la pregunta sería, si al abordar la problemática de manera muy frontal, así con la etiqueta social, porque así dice la institución, no es también una segunda agresión, en el sentido de no permitir que eso, qué vienes a hablar de eso y solamente de eso se habla, en el sentido de que se saque cuando la persona quiere sacarlo.

MA: caro, bueno yo creo que allí que tú lo manejas como tú lo valoras, que se saque cuando la persona quiere sacarlo, se saca puesto que aquí vienen, quien quiera venir, en el momento que quiera venir, es decir, la persona que se sienta aquí delante la primera vez, viene porque quiere trabajar esto, si no, no vienen porque no es algo necesario, nuestro paso no es algo necesario para nada, ¿sabes lo que te quiero decir?, tu puedes hacer tu proceso de denunciar tu agresión, ir con el médico, hacer tu denuncia sin necesidad de venir aquí, de hecho hay gente, incluso nosotras mismas, les decimos “tú puedes venir solo a tu abogada, si quieres, no necesariamente tienes que venir a terapia si no te apetece” y hay gente que no viene a terapia, porque consideran que están bien, que no lo necesitan o lo que sea, es decir, que quién viene, que eso es diferente por ejemplo de una psicóloga privada, viene y saben a lo que vienen. En una psicóloga privada eso puede aparecer, rehuirlo más, taparlo, pero aquí quién viene a trabajar esto, sabe a lo que viene, otra cosa es lo que hagamos aquí, porque aunque tú sepas que vienes a trabajar esto “a mí me cuesta, yo tengo mis barreras, yo tengo mis cosas”, y al final somos un todo, aunque nos centremos en una parcela, es imposible separar esa parcela, entonces muchas veces trabajamos cosas que, y luego cada psicóloga hace sus excepciones, yo hago muchas excepciones, yo cuando veo, o que sé, como te he dicho antes, que hay gente que responde, hay gente que trabaja, hay gente que tiene mucho compromiso, pues hago caso omiso a las normas, y como de aquí para allá, no se va a enterar nadie, pues por ejemplo, una chica que estuvo aquí, en un tratamiento largo de 5 o 6 años, pero trabajamos violencia general en la infancia, en la adolescencia, abusos sexual en la infancia, luego se metió en una secta, pero no había otro sitio y teníamos muy buena vinculación.

MA: Pues a veces pasa lo que pasa, y es más una ONG que se ha creado entre mujeres que en su momento, todas feministas, las que lucharon contra esto y es diferente. Yo creo que en este sentido, se cuida mucho la postura de la mujer, si en algún momento se ha tenido que anteponer, hemos tenido coste por enfrentarnos a cosas ¿no?, vamos por libre en ese sentido, no hemos estado de acuerdo en... como institución me refiero, en tragar o en aceptar y no lo hemos hecho, pues claro tiene sus costes, pero vamos por libre no tenemos que ser ese..., pero es verdad que en algunos centros, sí que es verdad que se victimiza mucho, pero también ahora yo creo que se está intentando tener más cuidado, también hay una red de profesionales, por lo menos el tema de violencia de género, por parte de los profesionales y hay una mayor especialización, aquí para entrar en cualquier centro que tenga que ver con la violencia de género, te piden un mínimo de experiencia, de formación en violencia de género concreto, demostrable o sea que, en principio no puede haber alguien no formado, luego ya a nivel personal, claro, somos todas personas.

GC: sí la formación de los psicólogos es exigible, pero cuando por ejemplo, no sé si sucede aquí, pero por ejemplo policías, gente que no tienen...

MA: a no, esos son caso aparte

GC: cuando ellos quieren denunciar y avisar, que haya una reacción de los mismos policías o de la misma gente del ministerio, que les echa la culpa, o sea que además de que vienen afectados se les echa la culpa, y encima después de eso le dicen “bueno pues ve aquí”, pero ya les arrimaron una segunda carga, a ese trabajo me refiero, es una cosa...

MA: Eso es súper frustrante

GC: Porque ya traen el hecho y encima les ponen otra carga, de alguien que a lo mejor no tiene nada que ver en su vida, ni tiene porqué ser importante, pero el hecho de que pertenece a una institución, pesa en la subjetividad de esa persona.

MA: totalmente, claro que pesa.

GC: Y luego cuando llegan al psicólogo especializado, pues ya no nada más hay que limpiar el hecho y la posición de la persona, sino también lo que le han agregado, a eso me refería con la segunda victimización

MA: sí, sí, sí, la victimización secundaria, eso sí que existe. Y nos la encontramos mucho ¿eh? Intentamos hacer formación, talleres de sensibilización a grupos como la policía, los juzgados, etc., son súper resistentes y cuesta mucho.

GC: pues es que pasa mucho por la concepción de la feminidad y la masculinidad.

MA: ¡uf, es una cosa! Por ejemplo, en la tesis una de las cosas que yo la recojo, fíjate que no se vieron tanto en los resultados como luego lo que aquí te desvalorizan, pero si eso es una gran pelea que nos queda ahí pendiente, pues el mundo jurídico y el mundo policial es de hombres, hay alguna mujer, pero no hay proporción y eso hace que la mentalidad y todo cambio desde los que culpabilizan hasta los que son paternalistas que da igual una cosa que la otra, con que hubiera un equilibrio, estaría la cosa compensada.

GC: ¿y sabes tú de que haya organizaciones que atiendan agresores?

MA: no, a ver, aquí en España están bajo tema de beneficios penitenciarios.

GC: pero no es que haya un centro, porque hay agresores de los que digamos que sean más recuperables, que se han sentido culpables, que quieran resarcir, que quieran trabajarlos

MA: el tema es que, yo entiendo que quien quiera, se arriesgará a tratarse de forma privada por su cuenta y riesgo. Hay una asociación, por ejemplo, que en su momento tenía un programa, pero más para el tema de maltratadores, más que la violencia sexual, digo que la diferenciamos porque la ley lo diferencia, pero está sujeta también a subvenciones que tienen que ver con temas penitenciarios, es decir, que son tercer grado, que si tú te apuntas a este curso, pues sales antes, pero evidentemente súper cuestionable, que habrá alguno que vaya por propia motivación intrínseca, pero cuesta creerlo, entonces no, yo supongo que quien tenga esa motivación propia buscará su terapia.

GC: Te quería preguntar también sobre los programas de formación aquí, en el sentido de, están dirigidos al equipo, a los destinatarios, a otras personas o terapeutas que atiendan este tipo de casos.

MA: Sí, depende del proyecto, ahora por ejemplo, lo que te decía de las voluntarias, es porque vamos a abrir un programa de voluntarias porque necesitamos cubrir con un proyecto, el tema de las fiestas que necesitamos cubrir, vamos a poner un puesto de emergencia en las distintas fiestas, entonces para ese sentido con gente que quiera participar, en la medida en que podamos, a quien quiera participar, les llamamos voluntarias porque lo que se paga en realidad es nada. Y entonces esa persona las vamos a formar, pero otras veces por ejemplo, a la policía les hemos dado formación, aunque no quieran, pues se la medio imponemos ahí, pero hay muchos que..., ahí yo por ejemplo, en febrero y marzo hemos estado en el SAMUR de Madrid, que ha tenido que pasar por obligatorio para ellos, pero eso ha sido de ellos, la directiva del

SAMUR ha pensado que parte de la formación obligatoria, tenía que tener un módulo de violencia de género y sexual, y en su momento contactan, bueno es cosa de ellos. Por ejemplo, cuando se hacen campañas de distintos ayuntamientos, te piden una jornada y es para quien quiera ir, no es obligatorio, sino para quien quiera, dependiendo.

GC: entonces me decías que, en específico a este tipo de atención de agresiones sexuales, ¿solamente hay dos instituciones en Madrid?

MA: en Madrid sí, hay muy poco

GC: ¿y a nivel nacional?

MA: a nivel nacional CAVAS pertenece a una federación en la que están admitidas, porque en Madrid hay dos, pero hay 0 o 1 que pertenecen a la federación a la que pertenecemos CAVAS, y esa hay una para toda Cataluña, creo que en Barcelona, otra para toda la Comunidad Valenciana, en Castilla La Mancha no hay nadie, entre Madrid y Valencia asumimos toda Castilla-La Mancha, porque quebró, en Valladolid hay otra, o sea en total somos 9 en toda España.

GC: ¿ni siquiera uno por comunidad?

MA: no, no, te digo que Castilla La Mancha no tiene, Andalucía tiene dos, le pasa como a Madrid, Andalucía tiene la que pertenece a la Federación y otra, pero son dos para todo Andalucía. Son itinerantes, de hecho a la que pertenecemos nosotros está en Sevilla, pero son itinerantes, se desplazan, pero como centro de atención terapéutica a menos que acudan solamente a lo que hay, salud mental.

GC: y en salud mental ¿hay programas de formación para todo salud mental?

MA: no, en salud mental es lo que es genérico para todo el mundo, o sea a ver, ellos pueden venir, hay ayuntamientos que promueven que su gente de salud mental acuda a este tipo de charlas y hacen estas jornadas precisamente para que si surgen, se vaya, se les apunta y se les permite ir como dentro de su jornada laboral, lo que les computa como horas y todo eso, pero no son los máximos. Dentro de la Comunidad de Madrid ahora, se está llevando un plan que va en la línea, entonces eso sí que lo están haciendo, que están intentando en la parte social, que entre dentro de la sanidad, entonces no solamente salud mental, meten a todo tipo de sanitarios, enfermeras, médicos, médicas.

GC: es un área tan poco tendida y tan necesitada, pero en todos lados está igual, es un gran reto. Pues muchísimas gracias, creo que te quitado bastante tiempo

MA: de nada, no pasa nada, espero que te sirva.

Agosto de 2017

Entrevista 2:

GC: Hola, buenas tardes, agradezco que me pudieras recibir para esta entrevista. Si quieres comenzar con tu nombre lo que se hace aquí en el centro.

HM: Pues yo empecé trabajando violencia sexual en general en el año de 1985, en una entidad que se llama CAVAS (Centro de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales)

GC: Pero todavía existe CAVAS

HM: Sí, existe y se dividió también a otro servicio que es el CIMASCAM, entonces cuando llevábamos allí una serie de años, un organismo de la Dirección General de Familia y Menor de la Comunidad de Madrid, que entonces se llamaba Instituto Madrileño del Menor y la Familia, se planteó que la asistencia a menores debía separarse de lo que era la asistencia general porque en el CAVAS atendíamos a víctimas adultas y a menores, entonces se agregó el CIASI que significa Centro de Intervención en Abuso Sexual Infantil, fue cuando nosotros salimos del

CAVAS, empezamos a trabajar en el CIASI y pasamos a depender de la Comunidad de Madrid. Son servicios que los organismos tienen externalizados con una serie de empresas de servicios, y concretamente el CIASI lo patrocina una empresa se llama TRAMA, y el CIMASCAM que atiende a víctimas adultas, lo gestiona otro grupo que se llama Grupo 5.

GC: ¿son las únicas instituciones que atienden ese tipo de problemática?

HM: que yo conozca, sí. Luego está una asociación que se llama ASPASI que es privada o semiprivada, cobra por las intervenciones y tal, y que la gente que ha requerido de esos servicios, mayoritariamente no ha quedado muy satisfecho, no sé muy bien porque tampoco quiero hablar mal de otras personas que no conozco, pero lo que tengo entendido es que ASPASI es una asociación o una entidad que trabaja no muy a gusto con las personas, vamos a dejarlo así. Mira, ella es mi compañera de trabajo, es compañera mía de aquí y toda esta historia la hemos trabajado siempre juntas. Entonces el CIASI tiene dos áreas de trabajo, una para víctimas en donde se atiende a todo menor que ha sufrido abuso sexual, ya sea familiar o extra familiar —porque los intrafamiliares suelen ser la totalidad, sobre todo los menores de 13 o 14 años—, y otra en que se trabaja con los ofensores, a quien lo sea porque es un servicio integral al menor con el tema del abuso sexual.

GC: ¿y los ofensores quieren venir?

HM: pues eso es lo que hablábamos antes, para los ofensores menores de 14 años la venida es voluntaria, se les ofrece a los padres que se trabaje con esos chavales y si los padres están de acuerdo bien, si no vienen, nadie los puede obligar a forzar a venir. De 14 a 18 años como ya se tiene una cierta responsabilidad penal, aunque todavía no se les juzga como a los adultos, ni se les ponen condenas como adultos, hay veces que no tienen más remedio que venir porque la Fiscalía de Menores los fuerza a ello, les dice que es parte de la intervención, a veces incluso van a centros de menores o tienen otras medidas de reforma, eso ya la Fiscalía según la edad del chaval y la gravedad del caso, siempre y cuando sea de 14 a 18. Entonces una de las cosas que a veces estipula la Fiscalía de Menores es que tienen que acudir al CIASI y vienen de alguna manera forzada, con lo que lógicamente, la intervención terapéutica se hace mucho más difícil, pero yo no trabajo con ofensores, yo trabajo solo con víctimas.

GC: y respecto a ofensores, si es que tienes algún conocimiento de ello, ¿es común que haya en su historia una repetición de abuso sexual o que ellos lo hayan sufrido primero?

HM: entendemos que los ofensores sexuales, hayan sido a su vez mayoritariamente víctimas de abusos sexuales, es algo que no es cierto, pero que se repite sistemáticamente.

GC: Entonces, ¿cuál es la causa?

HM: la causa es que es un invento para no quedar tan mal, intentan justificar los abusos que han cometido alegando que a su vez ellos lo han sufrido. En foros que hemos tenido hemos comprobado que esto para los chicos víctimas —ya que esto les pasa solamente los chicos, porque parece que las chicas no pasan a ser ofensoras—, los chicos que han sufrido abuso sexual, hablan de sentirse especialmente mal, porque la sociedad piense que encima de que han padecido, han sufrido abuso sexual en su infancia, solo falta que encima les cuelguen el San Benito de que ellos pueden ser ofensores sexuales en la edad adulta. Pensamos que es todo lo contrario, precisamente por saber lo mal que se pasa, llegan a tener esa capacidad de empatía que al ofensor le falta, de ponerse en el lugar de la víctima y saber el sufrimiento que está teniendo. De hecho, hace ya años, mi compañera y yo hicimos un trabajo con agresores sexuales —estaban todos penados cumpliendo condena—, y un grupo que había abusado de menores, de chicas, jovencitas, no niñas, chicas de 12, 13 o 14 años, alegaban que era porque ellos habían sufrido abuso sexual en su infancia. Pero cuando nosotros intentamos explorar esos abusos, vimos que no eran testimonios que se consideraran sólidos, reales, entonces pensamos que era un intento de justificar y de no quedar tan mal de cara a sus familiares, a sus amigos, porque es una aberración lo de cometer esas prácticas con unos menores pues tienden a alegar

eso ¿no?, “que yo lo sufrí en mi infancia”, sin entrar más a detalle porque nadie les va a preguntar nada, queda como que sí, y pensamos que eso para nada es cierto. Desde luego, a mí no me parece que esté científicamente demostrado, no creo que haya ningún estudio serio, porque a mí no me basta con que me digan “yo lo sufrí en mi infancia”, que me explique cómo, cuándo y dónde, y yo le voy a decir si eso que realmente me cuenta tiene entidad real como para yo aceptar que realmente ha ocurrido y no es algo que está alegando, pues eso, para intentar lavar su imagen o no quedar tan mal. Incluso a veces lo alegan en el proceso judicial o lo alegan los abogados defensores en las causas judiciales, también en un intento de conseguir una condena un poco más suave, porque además ellos también fueron víctimas en su momento. Desde luego aquí los tranquilizamos porque como es algo que está, es una imagen que está en el inconsciente colectivo social, pues hay chavales que sí que vienen un poco con el miedo de “si yo me podría convertir el día de mañana en algo tan aberrante como en un abusador sexual de criaturas”, para nada, eso no. Nosotros pensamos que no, creemos que la proporción de abusadores sexuales, que a su vez en su infancia ha sufrido abuso sexual en la infancia, es la misma que la población general. Aquí hay ofensores que tienen 16 o 17 años y una de las cosas que ven los compañeros que trabajan con ellos, es que no les parece grave, les parece como un juego en el que han metido al crío o a la cría y no tienen conciencia de que eso ha podido hacer daño, que ha podido suponer algo desagradable o nocivo para esa criatura, lo plantean cómo que ha sido un juego y que no creen haber dañado a esas personas. Entonces claro, los que han sufrido y llegan a adultos, sí son conscientes del daño que se produce.

GC: ¿cuál ha sido la **formación** que has podido recabar en tu experiencia como terapeuta, sobre este tipo de casos?, no sé si has tenido un máster, alguna especialidad o alguna cosa que te haya dado las herramientas que utilizas en tu terapéutica con los niños.

HM: bueno, nosotros cuando empezamos en la carrera de Psicología, no había nada referido exclusivamente a esto, es algo que hemos tenido que buscar por fuera porque entonces en España todavía no existía, por ejemplo en la psicología del testimonio, como analizar si lo que cuenta un menor es compatible o no con una experiencia realmente vivida, y no es algo autogenerado o auto inducido. Eso tuvimos que aprenderlo fuera, concretamente en Brighton, Gran Bretaña porque aquí no existía ese tipo de estudios, ahora sí, hay una asignatura dentro de la carrera que es psicología del testimonio y después existe un máster de psicología forense, donde precisamente damos clase porque, como llevamos tantos años en esto, es más la experiencia lo que tú transmites, o sea hay un grupo de profesores oficiales que dan el máster y después hay una especie de clases magistrales, en donde las personas que llevan muchos años trabajando en diversos campos, comparten la experiencia con estos alumnos que ya son licenciados y que están terminando su master, y ahí fundamentalmente compartimos esto, análisis de vida y de testimonio, también del trabajo con ellos, qué tipo de alteraciones psicológicas se presentan y cómo se resuelven esas alteraciones psicológicas.

GC: ¿Qué **enfoque** o autores han sido útiles en la comprensión de estos casos?

HM: la Universidad del País Vasco y concretamente Enrique Uchugurúa es quien más ha trabajado esta historia, después en la clínica médico forense de los juzgados hay una autora, Blanca Vázquez Mezquitas. Uchugurúa ha trabajado fundamentalmente recuperación terapéutica y Blanca Vázquez Mezquitas ha trabajado sobre todo el análisis del testimonio, porque ella es psicóloga forense en los Juzgados de Plaza de Castilla, y su trabajo es ese, solamente analizar si es compatible, no creíble. Ellos son ahora mismo quienes están trabajando en esto, pero luego, cada quien tiene un enfoque para ello, hay quienes lo enfocan desde un punto de vista más psicodinámico, otros desde un punto de vista más sistémico, ya que la mayoría de las agresiones son intrafamiliares. Nosotros lo enfocamos mucho más por el terreno de la psicología humanística también cognitiva, hacemos mucho hincapié en el análisis de sentimientos asociados y esto, pues lógicamente también comportamental sobre las respuestas de temor, ansiedad, eso ya cada uno dependiendo de su formación y sobre todo, yo creo que como

profesional, cada uno se sienta más cómodo en su trabajo. Aquí hay gente un poco de todo, algunos trabajan fundamentalmente desde el enfoque psicoanalítico, sobre todo dos, una chica que trabaja mucho con la terapia sistémica y los grupos familiares, y nosotras que trabajamos más desde el punto de vista cognitivo comportamental, eso ya depende de cada uno.

GC: ¿cómo es que tú llegaste a atender este tipo de casos?, ¿cómo es que nació la inquietud de trabajar en esto?

HM: Porque ha sido casi por azar, cuando el CAVAS se creó, se empezó a buscar en una serie de personas que hicieran una especie de proyecto, de cómo se podría trabajar con víctimas de agresiones sexuales, a nosotras, que somos las que estamos desde un principio, nos pareció atractivo el tema, presentamos un proyecto y nos enteramos casi de casualidad por otra persona, “se está creando una asociación que está haciendo proyectos para ver cómo se puede hacer una intervención con estas personas” y entonces se llamaba Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas, no se planteaba todavía el trabajo con menores ni nada de eso, hasta que nos dimos cuenta de que hay una gran población, e incluso mucha población adulta acudía a la Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas después CAVAS, con episodios ocurridos en su infancia que todavía tenían sin resolver, porque cuando ellas lo padecieron ha cambiado muchísimo, lógicamente. Entonces yo creo que es una de las áreas de la salud mental donde yo creo que más ha podido influir y notarse el cambio social de tantos años claro, cuando nosotras empezamos trabajando este tema, todavía eran delitos contra la honestidad, trabajamos 4 años bajo ese epígrafe de Delitos contra la honestidad y a partir del año 89 cambió el código penal a delitos contra la libertad sexual. Empezamos a trabajar con la edad de consentimiento de los 12 años, se suponía que a esa edad la criatura ya estaba capacitada para decidir si podía o no consentir un acercamiento sexual de un adulto, luego estaba el estupro que ya también desapareció, que era cuando ha habido engaño, pero claro, eso ya era muy difícil y ahora la edad de consentimiento está puesta a los 16, o sea que las cosas han cambiado muchísimo. Antes además era un tema muy tabú, del que no se hablaba nada y ahora es un tema de moda, del que ahora se habla en exceso me parece a mí, creo que nos hemos pasado –como en muchas otras cosas–, nos hemos pasado de un ocultismo absoluto –pues efectivamente, cada criatura creía que eso sólo le pasaba a ella–, a un circo casi, o hacer de esto un espectáculo ¿no?, además de los medios de comunicación que hacen mucho hincapié y sesgan mucho la información. Hace poco hablaba yo con un periodista y me decía que él pensaba que los niños varones eran mucho más frecuentemente víctimas del abuso sexual que las niñas, pues no, para nada es justo al revés, pero como lo que más sale es lo de los curas, los monitores de los gimnasios, de los colegios, y efectivamente parece, que cuando la víctima es varón da más espectáculo, yo no sé cómo va muy bien la cosa, pero lo cierto es que llega un momento en que la población llega a confundirse y piensa que los chicos son con más frecuencia, víctimas de abuso que las chicas y no es para nada así.

GC: Entre los niños que atienden aquí ¿y qué porcentaje de población masculina y femenina?

HM: aquí más o menos viene a ser cerca de un 70% de niñas y 30% de chicos, más o menos de los que se consideran compatibles y la población masculina y la femenina viene a ser más o menos la misma, que es un 50%. Luego está el problema de las falsas alegaciones que se dan cuando los padres de los críos de 5 años alegan el abuso de sus hijos, pues si bajamos el nivel de edad de 5 años para abajo, ahí tenemos un 50% de niñas y un 50% de niños, cuyos hechos la mayor parte de las veces es falso.

GC: ¿porque falsas alegaciones?

HM: pues las falsas alegaciones se dan dentro de un contexto muy particular, se dan dentro de parejas rotas, muy mal rotas y con mucha rabia, mucho enconamiento, en el cual la madre alega que el padre o alguien de su entorno abusó sexualmente de los niños, para impedir visitas y demás, o bien el papá acusa a la mamá, afortunadamente hasta ahora no hemos llegado a tanto, pero sí alguien del entorno de la mamá, un nuevo compañero, si ya tiene una nueva

relación... esas formas de instrumentalizar a los hijos con tal de dañar al otro, esa es una forma de alegar falsamente, que haya una posible o hipotética situación de abuso sexual.

GC: Pero ¿existe atención a esa población de menores de 5 años o no? En caso de que la hubiera, puede haber una falsa alegación, pero también puede que no sea así.

HM: Por supuesto, es más una terapéutica que se hace con los adultos referenciales que con el propio menor, pero sí, yo me refería en cuanto a las estadísticas, que lógicamente porque la falsa alegación es siempre de un menor muy pequeño, pues con la excusa de que es muy pequeño, esto no se puede demostrar porque el niño no habla y tal. Y entonces cómo la gente alega con lo que tiene y la que tiene niña, alega que a su niña la abusan y la que tiene niño, alega con que a su niño lo abusan, pues eso hace que el reparto proporcional de niños y niñas sea el mismo, es decir hay más o menos un 50% de niñas y niños menores de 5 años que sufren de abuso sexual, pero que no es cierto. Si separamos las falsas alegaciones lo que queda es eso, más o menos, un 70% de chicas y un 30% de chicos o 75 y 25, va cambiando, no siempre es igual. Porque claro, a veces la estadística aquí es un poco falaz, porque a veces de pronto, pues eso, surge un caso en el colegio, o un campamento, y de pronto entran 10 ó 12 sujetos a la vez del mismo género ¿sabes?, pero no significa que sean mayoritarios, sigue siendo mayoritaria la población femenina.

GC: Y por ejemplo la atención a las personas adultas que han sufrido de abuso sexual, aquí solo atienden a puros niños ¿verdad?

HM: aquí en CIASI solamente hasta los 18 años, bueno si alguna chica empieza el tratamiento a los 17 años, no se la echa cuando cumple los 18, se mantiene hasta que se termina y se ve que se va a prolongar mucho, se le deriva a CIMASCAM.

GC: y por ejemplo ¿algún tipo de acompañamiento a los padres de los hijos que sufren abuso sexual hay aquí?

HM: Sí, pero más que atención terapéutica, aunque a veces incluso es necesaria, se da un asesoramiento, se les explica por qué sucede, porque no sucede, cómo le tienen que plantearle la figura del abusador al niño, que siempre tiene que ser como una persona necesitada de ayuda, que tiene problemas, y además se les orienta a que no manden mensajes de incredulidad, a que no manden mensajes de reproche y en el caso de que los hayan mandado, que casi siempre los han mandado ya cuando nosotros intervenimos, se los expliquen, que los justifiquen y les pidan disculpas a sus hijos por haberles mandado esos mensajes, el más frecuente es “hijo porque no me lo dijiste antes” y no se dan cuenta de que es un mensaje de reproche, que le cargan la responsabilidad en la víctima porque el metamensaje es, “si me lo hubieras dicho a la primera vez que pasó, esa ya no se hubiera podido evitar, pero de todas las que han ocurrido desde aquella primera vez hasta que me lo has dicho, son responsabilidad tuya”, entonces trabajamos mucho para que no manden esos mensajes, y si ya lo han mandado pues que lo expliquen, lo justifiquen y le digan al niño “lo siento cariño no es eso lo que yo pienso”. O mensajes de tipo de incredulidad “¿es posible lo que me estás diciendo?, ¿estás segura de que ha pasado, no lo habrás soñado?” y la criatura dice “pues qué está pasando aquí”. Entonces se les explica eso, lo importante es que los padres, que también se sienten muy sorprendidos por esta situación y por tanto reaccionan como pueden, que no manifiesten temor a las amenazas del agresor o del entorno del agresor, que no se sientan responsables de la ruptura familiar que se produce, porque en la mayoría de los casos se produce una profunda ruptura familiar, hay parte de la familia, normalmente la familia nuclear, padre, madre, su hermanos de la víctima que se posicionan a su lado, que la apoyan le creen, y otra parte de la familia que se posiciona del lado del agresor, del abusador, los tíos, los abuelos, los primos, el resto de la familia. Muchas veces no es tanto que no crean que el abuso se ha producido, que a lo mejor si le llegan a creer, pero que a lo mejor creen que no consideran pertinente la denuncia, pues lo de siempre, la doble forma de calibrar la figura del abusador sexual infantil ¿no?, si es un desconocido, sí es un perverso de la más fea y baja ralea de la

perversión que merece todos los castigos humanos y divinos, y la reclusión incondicional, de por vida, pero si es mi marido, mi hermano, mi hijo, ya las cosas son diferentes no? “La cárcel no va a resolver nada, es mucho mejor una acción terapéutica, la denuncia, por supuesto no”. Y un intento de “aquí no ha pasado nada”, la familia intenta continuar yendo juntas a bautizos, bodas y comuniones, que es una de las cosas que más nos cuestan conseguir que no hagan, pues no pueden tener ningún contacto, por lo menos hasta que sea mayor de edad, y ya si cuando sea mayor de edad decide que perdonarlo e irse a vivir con él incluso, pues es su problema, mientras tanto pues no, que no refuercen comportamientos victimistas de los menores, que no los introduzcan en una relación de privilegio como si quisieran compensarlos de lo que ha sufrido, porque eso también es muy dañino y muy perjudicial. Tampoco lo que se llaman distorsiones atribucionales, que no le atribuyan al abuso sexual otras condiciones que no son propias del abuso sexual y que estaban presentes antes, como por ejemplo un rendimiento escolar muy bajo, que muchas veces ya estaban antes, trastornos de personalidad...

GC: pero que se acentúan ¿no?

HM: pues no necesariamente, es que a veces ya estaban y no se puede acentuar. Sin embargo, los padres empiezan a plantear que sí, que eso es consecuencia del abuso y que eso es malo. Hay una doble vertiente, por un lado, como no es el caso que resolviendo los abusos todo se va a resolver, o sea que llega a creer que mediante el trabajo terapéutico del abuso la criatura resuelva todos sus conflictos, resuelva todos sus pensamientos de culpabilidad, de inadecuación, los miedos, las respuestas condicionadas de temor cuando las haya, que muchas veces las hay, pero no resuelve todo, lógicamente si la causa de ese problema no era el abuso, ese problema va a seguir ahí, y luego si asume que sí, va a sobredimensionar el impacto que el abuso ha tenido en su vida.

GC: Pero por ejemplo, ¿cuáles serían las señales que ustedes han captado más comunes en los niños que han sido abusados? si por ejemplo la consecuencia no es bajo rendimiento escolar o trastornos de personalidad, entonces ¿cuál serían para ustedes las señales claves?

HM: fundamentalmente por problemas de ansiedad y problemas depresivos, el famoso perfil ansioso depresivo es lo que más frecuentemente encontramos, problemas de ansiedad asociados a no ser creídos, a volver a ver a la figura de su ofensor o de haber tener algún tipo de contacto con él, a rememorar los episodios, contaminación de pensamiento, también encontramos bastantes críos a los que les cuesta trabajo no rememorar o no recordar, re experimentar incluso de manera automática cuando no está asociado o incluso por supuesto, o cuando está asociado a un estímulo más, pero incluso no asociado, y luego la depresión que viene fundamentalmente por sentimientos de culpa, de soledad de desprotección.

GC: ¿trastornos de sueño?

HM: también trastornos de sueño, pesadillas con contenidos unas veces directamente asociados a la agresión o al abuso sexual y otros son más simbólicos, de abandono, de que me persiguen, de que estoy en peligro. Trastornos de sueño, para conciliar el sueño y despertarse.

GC: Y por ejemplo, cuando ustedes están solicitando apoyo de otros psicólogos, ¿qué **tipo de formación** se le exige a esta persona?, sí requieren más personal que les ayuden con las atenciones terapéuticas ¿qué se les pide?

HM: lo que se pide en el pliego de condiciones es que sea psicólogo clínico, médico forense que haya hecho el Máster en Psicología Forense, o titulación en Psicología Sanitaria y que se tenga un poco de experiencia, pero esto es muy difícil porque hay muy pocos servicios que tengan ese tipo de trabajo con menores. Aunque no sean exactamente en abuso sexual infantil, por ejemplo, si ha trabajado con niños que han sufrido maltrato, con familias disfuncionales o en centros de reforma, o en centros de menores acogidos por la comunidad por ciertos problemas familiares, pero sobre todo formación en psicología clínica.

GC: ¿Y tienen lista de espera?

HM: sí por desgracia sí, los casos cuando llegan a la Dirección General de Familia y Menor los clasifican, los más urgentes, los que son ordinarios y los que parece que pueden esperar. Por urgente fundamentalmente consideran cuando hay intentos autolíticos más o menos serios o si hay una sintomatología preocupante en el menor.

HM-S: cuando son muy pequeños, cuándo es intrafamiliar, cuando puede haber convivencia y no hay excesiva protección del niño respecto del abusador, esos son los requisitos o las características que hacen que un caso se considere urgente y cuando no, pues pasan a una lista de espera como cuando ha sido un pequeño asalto, o ha sido en el cole, una agresión menor, la criatura no tiene un contacto muy directo con su abusador, o la familia es totalmente protectora y al entidad derivante no informa que se observe una sintomatología aguda y eso hace que esperen hasta un año, o al menos 6 u 8 meses en lista de espera.

GC: Entre los tipos de agresiones sexuales ¿qué porcentaje hay de casos de incesto consumado?

HM: El coito es muy poco frecuente, es mucho más frecuente la penetración oral, que desde el punto de vista judicial se considera de la misma gravedad, es que lógicamente la edad más frecuente de inicio del abuso sexual son los 8 o 9 años y el coito produciría una serie de lecciones, que nadie querría que fuesen muy evidentes y se descubriría con facilidad.

GC: ¿pero no llegan en ese tipo de casos?

HM: sí alguno llega, pero es muy poco frecuente que ocurran, llegan muy pocos porque sucede muy poco, la forma más frecuente es la penetración oral que no produce ningún tipo de daño físico, que no es tan fácil de demostrar y que no deja restos, a menos que se denuncie muy inmediatamente, tampoco deja vestigios o restos para buscar el ADN o para confirmar que la agresión se ha producido. Es bastante frecuente, no sé exactamente qué tipo de proporción llegará... normalmente, el incesto, el abuso sexual en sí, cuando el abusador tiene un acceso directo y cotidiano a la víctima, siempre tiene la misma forma, casi siempre tiene la misma forma de empezar, empieza por tocamientos, que cada vez van siendo más comprometidos hasta que se llega a la penetración oral y ya, cuando después tiene la criatura una edad un poco más avanzada, que ya físicamente es capaz de soportar esa práctica sin grandes lesiones o grandes problemas físicos, se llega al coito o a la penetración anal, y es más la anal que la vaginal, porque el abusador lo que siempre va buscando es su protección, no ser descubierto y la penetración anal no produce embarazos.

GC: Aunque con un menor, los tratamientos y las lesiones...

HM: sí, sí, pero ya a partir de los 12 o 13 años o 14, con la penetración anal no hay peligro de que pueda haber un embarazo, ni que se sepa quién es el autor de eso.

GC: en el caso de que haya maltrato físico junto con la agresión ¿hay algún tipo, reciente me refiero, de atención interdisciplinar? que por ejemplo, la familia pueda acudir con un médico para que revise el niño o con un abogado, ¿eso se remite fuera o con servicios de la Comunidad de Madrid?

HM: no, solo con los servicios de la Comunidad de Madrid o con el SAMUR, o sea del IMSALUD, del servicio público de salud. En general, el **protocolo** de actuación en el caso de abuso o de agresión sexual es que, una vez que se presenta la denuncia van al hospital normalmente al Hospital del Niño Jesús o al Hospital de La Paz para un reconocimiento de tipo general y de tipo de ginecológico, se llama a un forense para ese reconocimiento, para que esté presente y de fe de que las cosas se están haciendo de forma adecuada. Si hay muestras para que garanticen la cadena de custodia y esas muestras después puedan seguir después de cara al juicio oral, porque si la cadena de custodia no está garantizada, pues las cosas son muy complicadas entonces se toman muestras posibles restos de ADN, si es más o menos reciente la agresión, luego pues el tratamiento médico se da en el hospital correspondiente y después hay otro servicio, los CAI (Centro de Atención a la Infancia) que dependen de los ayuntamientos, de Madrid capital, no de Madrid Comunidad y trabajan con los menores, pero los CAI están

enfocados a trabajar la situación de riesgo, intervenciones familiares enfocados a terapia familiar, porque aquí en España tenemos muchos emigrantes sobre todo sudamericanos que en su momento emigraron aquí, los críos y las crías se quedaron en el país a cargo de la familia extensa y al cabo de los años, cuando buenamente pueden los padres o la madre, hacen un reagrupamiento familiar, y lógicamente para volver a reestructurar esa familia que se ha roto. Muchos de esos casos vienen ya con historias de abuso sexual ocurridas en sus países de origen, mientras los progenitores, sobre todo la madre estaba aquí, y ellas quedaron al cuidado de tíos, abuelos, amigos de la madre, de quien pudo ser, y cuando ahí no verbalizan nada, por miedo, sensación de soledad, de desamparo “a quien le voy con eso aquí, que me pueda proteger” y claro, estos sentimientos de desamparo y soledad son mucho más fuertes, es una variable importante que hasta que no vino la emigración, no la registramos mucho, la de que “estoy solo o estoy sola ante la situación de abuso porque no hay adultos referenciales suficientemente sólidos como para que yo los considere un apoyo a mi situación”.

GC: y más o menos ¿qué cantidad de población migrante atienden aquí?

HM: Uy, muchísima, hay más población migrante que población autóctona o por lo menos el 50% pero seguramente que más

S: sobre todo de Sudamérica y países del Este, que en los países del Este también ocurre lo mismo con la emigración, los niños se quedan ahí y al cabo de los años los se los traen.

HM: no tanto abusos sufridos aquí, que también los hay, como de sus países de origen. Aquí también, porque también hay una situación por desgracia muy frecuente, porque comparten piso con quién pueden y muchas veces estos convivientes de piso, estas personas a las cuales se les alquila una habitación, son quienes abusan, porque muchas veces los menores quedan solos con estas personas, porque muchas veces los progenitores tiene unos horarios laborales amplísimos y las pobres criaturas salen del colegio, van a la casa y los que están en la casa son estos convivientes que muchas veces son quienes abusan, no exactamente incesto, a veces sí, porque a veces es el hermano de la madre o no es la persona con la que tienen lazos familiares, no es desconocido tampoco, pero no es un lazo familiar.

GC: y dentro del protocolo para la atención del abuso sexual ¿hay un **protocolo** a seguir cuando una persona tiene un niño que ha sufrido abuso sexual?

HM: aquí lo más inmediato y rápido es acudir a un cuerpo policial e interponer una denuncia, eso sería lo ideal, lo que pasa es que a muchas familias les cuesta porque como el abuso sexual en menores de 12 o 13 años es mayoritariamente intrafamiliar, pues la gente tiene un freno, cuando no es por un integrante familiar, la gente acude, cuando es familiar no, porque es vergonzoso, difícil de probar, da mucho más miedo, pero ahora mismo cuando los abusos son en el colegio, en el campamento de verano, en el gimnasio y tal, la familia acude enseguida a denunciar, otras veces a lo que acuden primero es a un hospital, para el caso es lo mismo porque el hospital tiene la obligatoriedad de denunciar, todo servicio público de salud, aunque a veces el hospital se inhibe para no someter al menor a 2 exploraciones consecutivas, cuando va al hospital le dice que vaya a poner la denuncia y ya después la policía le acompañara al propio hospital de referencia, con la atención del forense y si no es algo cercano o inmediato, porque no hay una prisa y lo mismo da hoy que dentro de 10 días porque las cosas tienen una antigüedad y no acaba de pasar ningún episodio, es acudir a servicios sociales, a los servicios sociales de zona.

GC: ¿cuáles son los hospitales más especializados en este tipo de atención?

HM: el Hospital del Niño Jesús sobre todo para niños pequeños y el Hospital de La Paz, y luego está el de Móstoles que, aunque sea otro Ayuntamiento, ellos han sacado una especie de protocolo que está muy bien, si tú lo buscas en internet, el protocolo de Móstoles, de cómo actuar ante el abuso sexual infantil, te sale todo el protocolo y está muy bien. Fuera de Madrid capital, las ciudades que tienen un hospital de referencia son Móstoles, Getafe, Leganés, Los

Reyes, en las poblaciones grandes, casi todos tienen un hospital de referencia. Ahora la mayoría de las veces realmente un examen médico no hace falta ni siquiera, porque los abusos no han dejado ningún tipo de lesión, son tocamientos o penetración oral, que es lo más frecuente y a nivel médico no se puede averiguar nada. Los padres tienen esa especie de automatismo de llevarlos al médico, todavía hay bastante atavismo con el tema de la virginidad y esas historias, pero no hay nada que ver.

GC: pero entonces para la atención terapéutica psicológica del niño ¿es necesario que primero hayan pasado por la policía y por el hospital?

HM: bueno por la policía sobre todo sí, porque en el CIASI o la Dirección General de Familia y Menor siempre te llega un caso derivado de ahí, los casos los deriva quién sea, la policía, cuando van a denunciar, los hospitales, los pediatras, si van los papás con la criatura a decir que ha podido sufrir un abuso o lo ha sufrido, los colegios públicos o no públicos, los colegios docentes, si el niño dice algo y a veces no buscan una alianza con un igual, compañerito o compañerita de clase, que ese compañerito se lo dice a la profesora, o a su mamá, o su mamá a la profesora y mas o menos así se eclosiona el conflicto, pues los colegios o cualquier entidad que tenga conocimiento o sospecha, incluso mandan casos en los que no ha habido verbalización de abuso, pero por comportamientos muy sexualizados o cualquier historia de alguien, tenga sospecha de que esa criatura pueda tener un abuso sexual, la sospecha a veces se confirma y otras se descarta. Pues eso, toda esa gente hay un protocolo, una hoja de derivación que lo manda la Dirección General de familia y menor, que automáticamente manda información a la Fiscalía De Tribunal de Justicia.

GC: o sea que si alguien viene y no quiere denunciar, ¿eso no es posible?

HM: eso no se puede, ahora mismo como está la ley Española, no se puede, porque además se entiende que es un delito público, que no se trata solamente de proteger a ese menor, sino de proteger al resto de la sociedad de ese presunto pederasta.

GC: sobre todo en caso de abuso sexual infantil

HM: en caso de abuso sexual adultos no hay obligación de denunciar si una mujer mayor de edad acude a CIMASCAM o al CAVAS porque ha sufrido un abuso sexual y no quiere denunciar, eso no se comunica, solamente en el caso de menores de 18 años. Vamos a ver no pasa nada, que si realmente la familia no quiere denunciar de todas maneras la denuncia no prospera, se lleva al juzgado, el juzgado cita a la familia y si la menor dice “no quiero declarar, no quiero contar nada, no quiero decir nada”, eso se archiva porque lógicamente la justicia no puede actuar si no hay una denuncia.

GC: pero de todas maneras esa persona que no quiere declarar ¿puede acceder a los servicios psicológicos?

HM: sí, sí, sí, una vez que se ha hecho eso, por supuesto que sí, aquí hay casos que están archivados judicialmente porque los chicos o chicas no han querido decir nada y se les está atendiendo psicológicamente, igual, ahora acceder sin más, eso es lo que no es posible. Además se les comunica que yo no tengo más remedio que comunicarlo, pues a veces si no se les informa, luego lo ven como una especie de traición “yo te había dicho que no y ahora vas y denuncias”, pero yo no tengo más remedio, ahora si ellos no quieren que siga adelante con el tema judicial, pues ya está, basta con que hagan eso, son citados y que digan que no quieren denunciar y se archiva por imposibilidad de continuar con el proceso penal y se archiva.

GC: Y bueno ya en lo personal ¿qué **impacto personal** ha tenido atender ese tipo de casos en tu formación propia como persona como psicóloga?

HM: pues es un trabajo muy duro, es muy duro por muchas cosas, primero porque emocionalmente es complicado y después, porque socialmente no hay una buena y auténtica cobertura social del caso y entonces, a veces te sientes muy inoperante, tienes muy claro que es lo que habría que hacer y te das cuenta que no se puede hacer, porque sistema judicial es un

desastre, es súper lento, aunque hemos mejorado bastante. Ahora muchos menores no declaran en sala, que antes todos, incluso con 6 o 7 años lo llevabas de cara a la sala, ahora ya no, se hace lo que se llama una prueba preconstituida en la que se les filma el testimonio, y después esa filmación es la que se visualiza en el juicio, otras veces declaran por videoconferencia están en una salita, con su pantallita, con su papá o su mamá al lado, es más suave que entrar en la sala de audiencias, pero es muy lento, del juicio se sale como muy pronto 2 años después, eso impide al menor y a la familia a cerrar el episodio, falta un episodio suficientemente estresante como es el juicio oral, que todavía no se ha celebrado, y la familia que apoya al agresor está todavía en la expectativa y sigue presionando y sigue dando la lata, está todavía en la expectativa de que a lo mejor el menor puede acabar condicionándolo un poco, amedrentándolo para que no sea tan contundente su declaración final, en fin, y eso es espantoso no hay tribunales específicos, llevamos pidiéndolos toda la vida, así como hay tribunales específicos en violencia de género, por fin, debería de haber tribunales específicos en el abuso sexual infantil o por lo menos en menores víctimas, sea esto o sea de maltrato, pero que sea un menor la víctima sobre todo menores de 13 años porque son infantes, ya a partir de la adolescencia es otra historia, ¿no? Las prácticas son muy desastrosas y entonces claro, tú estás ahí reconstituyendo, reestructurando un crío y a su familia, y viene un auto judicial y tienes que empezar de cero otra vez, es súper frustrante. Luego, luchas también con determinados atavismos que tiene la gente con unos recursos socioculturales muy bajos, una de las cosas que más trabajamos aquí es una sexualidad libre, abierta, tranquila, segura y confiada porque es la que más se va a dañar, a lo mejor de momento no, pero cuando llegue el momento sí, y entonces tienes que empezar a trabajar y te encuentras con que los padres dicen “no, es que esas cosas yo todavía no se las contaría al niño” es que es agotador, es muy frustrante, pero tras veces es muy bonito, es muy atractivo porque cuando ves que salen adelante, porque al fin y al cabo muchos críos son niños que estaban sanos hasta que pasó el episodio, es decir no es una cuestión de salud mental, es una cuestión de trauma que tienes que reestructurar y cuando ves que salen es muy gratificante. Pero luego tienes un montón de frentes abiertos que es una desesperación, bueno yo creo que a mí, lo que más me ha ayudado es haber empezado juntas (se refiere a su compañera) somos compañeras de carrera, hemos trabajado siempre juntas, entonces yo creo que sin ese apoyo, es que hay gente que a los 2 años se va, “no puedo más” estoy agotado de este trabajo, aquí en el CIASI al año y medio ya están quemados.

GC: pero ¿cómo se cuida a estas personas?, ¿no hay un cuidado al cuidador?, ¿no se les exige que tengan un tratamiento, un apoyo? **Cuidados**

HM: ni se les exigen, ni se les facilita, aquí lo intentamos inter nos, hacemos grupos de terapia, hacemos reuniones, nos hablamos, hablamos de los casos, allá abajo tenemos otra sala de reuniones, bueno es una sala de juegos en donde cabemos más, pero nada más, no se lo facilita nada, en general es un recurso muy mal dotado.

GC: ¿existe para todos alguna **supervisión** de casos o nada más en lo que hacen juntos?

HM: nada más entre nosotros, en lo común.

GC: ¿se exige algún tipo de formación o **actualización profesional** para continuar trabajando?

HM: no, tampoco

GC: entonces ¿tampoco se exige que tengan su propio espacio terapéutico para tramitar lo que contratransferencialmente les está llegando?

HM: No, no solamente no se nos exige, es que no se facilita.

GC: tengo entendido que en la misma carrera de Psicología no siempre se exige que las personas tengan un proceso terapéutico antes de atender procesos.

HM: no, aquí la salud mental es como pedirles el valor a los soldados, se presupone y ya está, no se exige, no se pide, no se solicita, lo único que se solicita es un certificado de carencia de antecedentes penales en abuso sexual, y ha empezado a solicitarse apenas hace 6 meses, igual

que a los maestros, monitores, o cualquier persona que tiene que tener un cuidado con menores, cada seis meses tiene que actualizar un certificado de ausencia de antecedentes penales. En delitos relacionados con el abuso sexual infantil, la salud mental se nos presupone, y luego pues forma parte de tu responsabilidad individual, si estás quemado y crees que no puedes más, pues cambias.

GC: ¿hay mucha **rotación de personal**?

HM: mucha, muchísima

GC: ¿cuánto es lo más que han durado las personas trabajando aquí?

HM: quitándonos a nosotras que somos las históricas, las que llevamos más tiempo, más o menos 5 años, pero hay gente que incluso dura 3 meses, piensan que va a ser otra cosa, tienen una estructura diferente, se encuentran con todos sus problemas, esa frustración de fuera que te viene, a parte de lo que es el trabajo a solas con la víctima, que es el más gratificante, pero con toda esta problemática añadida familiar, familias que no pueden acudir a la terapia con una periodicidad mínima porque “si no podemos, porque tenemos trabajo”, porque muchas veces el problema es ese, los progenitores no le conceden excesiva importancia al suceso o en esa necesidad suya, de hacer como que no ha pasado nada, pues no les parece que sea realmente importante, muchas veces ante el “pero si la niña está bien” les decimos “vale está bien, pero hay que hacerle un seguimiento, siempre es un trauma, hay que sanarlo, hay que limpiarlo, que igual nos vemos solo cuatro o cinco veces, no se trata de hacer una terapia larga, de meses, si hace falta sí, por supuesto, pero en principio no tenemos porque presuponer eso, pero si darle un espacio a la criatura para que saque todo, que hable, que racionalice todo, para que se le expliqué porque ha ocurrido, porque a él o porque a ella, o porque la familia reacciona como lo hace”, y como no lo ven, o no lo quieren ver, pues entonces vemos a la criatura una vez cada dos meses, que intervención vamos a realizar, hombre menos es nada, pero eso también es muy frustrante.

GC: dentro del modelo terapéutico que utilizan ¿cuál es la **frecuencia** que piden para la atención de los niños?

HM: dependiendo, cuando son casos muy agudos, semanal, cuando ya se pasa esta fase más aguda, quincenal, y cuando es una fase más de seguimiento, mensual o incluso bimensual, ya si es de más seguimiento, cada dos o tres meses dependiendo del caso, porque algunos están en seguimiento trimestral porque estamos a la espera de juicio, que todavía es una situación ante la que la criatura está muy ansiosa, o porque la formación afectivo-sexual no tiene la edad suficiente para que la hagamos, es verdad que a una niña de 11 años no le vamos a contar cómo es un encuentro sexual entre un chico y una chica o entre dos chicas, ni le vamos a hablar de los diversos tipos de orgasmos, cómo que obviamente no es el momento, eso sí que no es el momento, con un ritmo adecuado, nosotros somos los primeros que pensamos que no es el momento, entonces hay que esperar a los 13 más o menos, dependiendo de cuando hagan ellos su salto evolutivo, hay niños que a los 13 años todavía son niños y hay chicos o chicas que con los 13, ya se pueden trabajar todas esas cosas.

GC: ¿y existe en la institución un criterio para determinar el tiempo que van a permanecer en terapia?, ¿no son 10 sesiones, 5?

HM: no, eso no, eso es al criterio del profesional y de la familia también, a ver si dejan de venir y es voluntario lógicamente, se comunica a la Dirección General de Familia y Menor que se cierra el expediente por abandono voluntario del usuario, otras veces se cierra por haber conseguido los objetivos terapéuticos o de intervención propuestos, el tipo de cierre depende de esto, pero hay veces que es la propia familia o la propia menor que dicen “no pues ya no quiero continuar, ya no quiero seguir viniendo” y entonces dejan de venir.

GC: ¿y resulta muy diverso el cierre en tiempos, o hay más o menos en un tiempo determinado?

HM: en tiempo es muy diverso. En el abuso sexual infantil hemos visto que hay una serie de variables que son las que van a condicionar el tiempo de intervención, dependiendo de qué variables están presentes, la intervención va a ser más larga más corta. Fundamental, la edad, cuanto más temprano sea el momento de los abusos, menos daños se producen y por tanto menos incisión y menos intervención hay que hacer. Fundamental si durante los abusos ha habido convivencia entre abusador o víctima, porque los trastornos de ansiedad están íntimamente relacionados con eso, cuando no hay convivencia entre abusador y víctima, la niña ha pasado muchos periodos de tranquilización, sabe que si no va a casa de los tíos, no va a pasar nada, está defendida y protegida, pero si hay convivencia, en cualquier momento piensa que puede producirse el abuso, todas las noches piensa que el abusador puede venir a su habitación, etc. Por supuesto las prácticas de abusos, no es lo mismo tocamientos o tal, a ya prácticas que pueden derivar en penetración. Por supuesto también el propio menor, la propia genética, el carácter, dotación personal o como la queramos llamar, que determina que algunos sean más vulnerables y otros menos vulnerables. También la reacción familiar, sobre todo la reacción familiar una vez que se conoce el abuso, esa variable es la que pesa más, incluso más que el propio abuso, si la familia tiene una reacción tranquila, serena, los menores se recuperan mucho antes que si los familiares tienen una reacción negativa, culpabilizadora o de no querer saber nada, o demasiado ansiógena. Es fundamental también en esa historia el tiempo que han durado los abusos, no es lo mismo que han empezado los 7 años y se ha detenido los 13, a que haya sido una o dos episodios aislados y ya está. El tiempo incluso también de cada experiencia de abuso en sí, cuanto más larga es, mayor daño, y como hay tal variación no se puede determinar la duración del tratamiento. También está la relación de abusador y víctima, fundamental también, hemos visto la diferencia entre padre y padrastro, “como no es mi padre, que es ese señor que luego se casó con mi madre”, la cría se siente mucho más defendida que si es tu padre biológico, cosa muy lógica, porque si es tu padre biológico, la mitad de la dotación genética es tuya y tienes que integrar que tengo por padre, un perverso. El método que el abusador utiliza para conseguir el silencio y la colaboración de la víctima es fundamental, no es lo mismo que sea de apalazamiento, amenaza o incluso golpes, o que sea todo lo contrario, que haya seducción “eres mi elegida eres, diferente, eres especial, eres magnífica y por eso te mereces este tipo de acción, digamos cariñosa, te estoy dando el privilegio de introducirte en los misterios del sexo, porque tú eres especial” ¿no? eso se da en niños varones, pero vamos, niños varones llorando, que habían tenido que declarar contra el abusador “es que lo hemos traicionado, era nuestro colega”, entonces claro, no se puede generalizar, depende de tantas cosas, que no se puede generalizar. Y en función de esas variables, en las que son más graves, pues lógicamente dan cuadros de tiempo y las que son más leves, con una intervención reparadora más que terapéutica en realidad, pues ya están resueltos.

GC: en relación a la antigüedad de las instituciones ¿fue CAVAS el primero, luego CIASI y luego CIMASCAM?

HM: sí, yo sé que CAVAS sufrió una especie de desajuste por cuestiones personales y políticas, todo lo que se politiza se idiotizan y entonces se fastidió. CAVAS era la institución que empezó siendo de atención a mujer adulta y recibía dinero para ese programa específico, estaba financiado por la Dirección General de la Mujer, después recibía dinero también de la Dirección General de la Familia y Menor para la atención a menores, luego hubo una debacle y el equipo de CAVAS se disolvió y la Dirección General de la Mujer sacó ese programa a concurso y fue entonces cuando se lo llevó otra entidad y se empezó a llamar CIMASCAM.

GC: ¿también de la Comunidad de Madrid?

HM: no, CIMASCAM no es de la Comunidad de Madrid está también financiado por la Dirección General de la Mujer. La política social que se sigue aquí en España es externalizar los servicios, lo sacan a concurso y lo sacan distintas empresas de índole social, de trabajo social y aquí en España pues hay varias. Se dice que son organizaciones sin ánimo de lucro, pero vamos entre

comillas ¿no?, y hay varias, puede ser la que lleva este servicio, Trama o puede ser Grupo 5, Intres, Delfos, Tomillo, hay unas cuantas, y concretamente el servicio de CIMASCAM que es de atención a mujer adulta, víctima de agresión o maltrato lo lleva Grupo 5 y es un servicio que está externalizado igual que este, está financiado con dinero público, pero que la gente que trabaja allí, al igual que nosotros que trabajamos aquí, no somos funcionarias o no tenemos un contrato laboral con la administración, sino que tenemos un contrato laboral con la empresa de servicios que lo gestiona, es decir que la Comunidad de Madrid los financia y ellos gestionan el dinero recibido, la contratación de los profesionales, les facilitan un espacio donde realizar el servicio y luego tienen que justificar ante la Comunidad de Madrid claro, que han invertido el presupuesto que les ha sido asignado.

GC: y estas asociaciones ¿tienen en común algún tipo de cuestión relacionada con la agresión sexual o no?

HM: no, hay gente que trabaja en salud mental, en adultos con problemas de salud mental gestionando piso donde puedan convivir, hay gente que trabaja el tema de drogadicción, con menores con comportamiento antisocial, con ancianos, con mujeres víctimas de violencia de género... Es decir, estas empresas tienen varios servicios cada una, que a veces no tienen nada que ver entre sí.

GC: pues es muy interesante el trabajo que... sobre todo la viabilidad en relación a lo interinstitucional, a lo interdisciplinar, a la cuestión de las denuncias para la protección de la infancia que resulta una situación muy difícil de atender, que no todo el mundo aguanta...

HM: no, ya hemos dicho que hay mucha movilidad de equipo, hay gente que se quema y nosotros hemos tenido esa suerte, que nosotros somos amigas aparte de profesionales y que hemos empezado juntas en esto y que nos apoyamos mucho una a la otra, si no, yo creo que tampoco podríamos.

GC: Y ¿ha habido alguna solicitud sobre el **cuidado al cuidador**?, en el sentido no tanto de pagarle a cada uno de los psicólogos un acompañamiento sino de ofrecer una supervisión común, una asesoría.

HM: sí, pero la respuesta es que **no hay presupuesto**, el tema de externalizar los servicios es eso, que le sale mucho más barato la administración central, entonces es así. Si nosotros tuviéramos la posibilidad de una asesoría externa habría que contratar por lo menos otro psicólogo más para que las horas que se dedican a eso, y se sacan de la atención de los usuarios, no se redujese y entonces claro, ya no sería rentable. Para que nosotros pudiéramos tener un par de horas a la semana, tendríamos que solicitar en la contratación de un psicólogo más, porque esas 2 horas, son 2 sesiones de terapia que no das o dos horas que no inviertes en hacer un informe o en hacer coordinaciones, en hacer lo que es tu trabajo, 2 horas por 8 o sea que habría que contratar otro psicólogo y ya no da el presupuesto. Ese es el problema que no se cuida porque es una cuestión de presupuesto, porque es dinero, aunque hay algunas entidades que intentan dentro de las posibilidades de cuidar un poco más, pero el problema también en ese sentido es que acaban no llevándose los programas porque claro, esto sale a concurso y esto es como todo, se adjudican un poco la baja, es como si adjudicas un puente o una estación de ferrocarril o un aeropuerto, entonces las personas que concursan, las entidades en este caso, intentan ajustar el presupuesto para poderlo conseguir porque si pones un presupuesto muy bonito, de ayuda al cuidador de tal y cual, pero económicamente muy costoso, pues no sé va a adjudicar.

GC: y todos estos agrupaciones ¿no tienen financiamiento externo, internacional, solamente es financiamiento público?

HM: no lo sé, no sé si alguna puede intentar conseguir como Save the Children por ejemplo, pero Save the Children es otra historia, a lo mejor de alguna fundación muy grande sí, pero las que estamos a pie de obra trabajando con las víctimas no tienen nada más que las financiaciones

públicas de los distintos programas que saca la Dirección General de la Mujer, la Dirección General de Familia y Menor, o de los ayuntamientos.

GC: ¿se exige a los psicólogos que trabajan acá algún **informe** de caso por caso?

HM: Sí, uno de valoración y otro de cierre. Es decir uno inicial y con se ha terminado la valoración, por así decirlo, en el que se especifique las alteraciones que se ven, más o menos cuánto puede durar, qué tipo de intervención se va a ser, y otro de cierre en el que se pone porque se cierra.

GC: se realiza algún **tipo de diagnóstico**, es decir, examen mental, prueba psicológicas

HM: eso ya cada uno tiene su sistema. No hay algo protocolar depende de cada profesional, hay profesionales que piensan que si determinadas pruebas diagnósticas les funcionan y las realizan, y otros que pensamos que es el día a día y el trabajo que vas haciendo en cada sesión, la que te va dando verdaderamente el perfil del caso. Se nos exige sí, poner lo que hemos apreciado.

GC: ¿tienen a su disposición algún tipo de **material educativo**, pedagógico para los niños, terapia de juego?

HM: si, hay una sala de juegos, una serie de materiales, con muñequitos para algunas escenificaciones de la situación, alguna casita, no todo el que quisiéramos, pero vamos pidiendo algo con mucho tiempo hasta que por fin se nos da.

GC: alguna cosa en particular que ustedes quisieran resaltar en relación a su trabajo porque no es fácil, y a su inclinación a continuar haciéndolo, porque muchos pueden haber aguantado 3 meses o 5 años y ustedes llevan toda la historia trabajando en eso, ¿qué le hace permanecer en este tipo de servicio?

HM: a mí, lo que más me has hecho seguir, es que me siento muy segura, llevo muchos años, yo veo aquí gente que empieza nueva y es normal, porque esto además de la responsabilidad que conlleva con el menor en sí, está el tema de la responsabilidad judicial, cada dos por tres nos están citando a juicio, y además siempre hay algún abogado defensor que no le gusta lo que estamos diciendo, son experiencias bastante estresantes, entonces yo veo a la gente que está muy angustiada y yo, sin embargo pues claro, me siento ya muy segura, me siento muy cómoda, entonces digo, o dejo de trabajar, que es una opción o me dedico a otra cosa, si tuviera que cambiar a drogadicción o comportamientos antisociales o en violencia de género, ¿sabes?, tendría que empezar casi de cero, entonces... bueno también es que trabajando con los críos tiene un punto de gratificación muy alto y es ver como los críos salen adelante. Trabajamos mucho el empoderamiento de la resiliencia “cariño, todo lo que no te mata te fortalece, estás vivo o viva, no veas cómo vas a salir después de todo esto”

GC: y por ejemplo, esta cuestión del proceso de legal que llevan los niños ¿se ha considerado que sea una posible segunda victimización?

HM: sí, sí, sí, totalmente y se trabaja con ello. Les decimos: “cariño vas a aprender aguantarte los nervios, a aguantarte la vergüenza, porque los nervios se quitan pasando nervios y la vergüenza se quita pasando vergüenza y el miedo se supera pasando miedo, y va a ser una experiencia dura, lo vas a pasar fatal, pero vas a poder con ella”, y así es como vamos adelante, porque efectivamente, el proceso es duro y es lo que te decía antes, hemos mejorado bastante, antes el proceso judicial era terrible, como mucho se ponía un biombito que hacía que en la sala de audiencias, el niño no viera al individuo, pero en la práctica la criatura sabía todo el tiempo que el señor estaba ahí, porque les entraban a todos unas toses y unas carrasperas que no era normal, ¿sabes? no habían tosido en todo el juicio ni una sola vez, era el niño entrar en la sala y empezaban a toser y a carraspear como un desesperado, y claro ya se los avisábamos, “mira lo vas a oír toser hijo, porque le va a dar mucha tos”, pero siempre que hemos podido hemos trabajado esto con ellos. Pero ahora ya ahora se hacen las pruebas pre constituidas que se graban o los menores declaran por videoconferencia muchas veces. La prueba pre constituida que es todavía más fácil, la niña no se tiene ni que enterar, ni de qué día se celebra el juicio y no tiene que ir.

GC: ¿en qué consiste la prueba pre constituida?

HM: la prueba pre constituida consiste en una psicóloga forense o dos, se ponen delante de la criatura y una cámara, que están grabando en audio y en vídeo la entrevista, le preguntan qué fue lo que pasó, cómo pasó, cuándo pasó, y todo eso, y eso a través del cristal de la cámara de Gesell, de los que se ve para un lado para el otro no, pues lo está visualizando el abogado defensor, la acusación particular y el fiscal y el juez a veces también. Y cuando la psicóloga forense considera que ha terminado la exploración, cualquiera de esas partes, ella sale, digo ella porque casi todas son chicas, pero el psicólogo o psicóloga forense pasa a ese otro espacio y les pregunta a esas personas, si hay alguna pregunta o aclaración que quieran hacer, si nada, no y si la plantean pues vuelve a entrar en la sala y en un lenguaje más adaptado, le preguntan a la criatura la aclaración que le hayan pedido y cuando se celebra el juicio oral, eso se proyecta en una pantalla y esa es la declaración del menor, no tiene que estar presente, esa es la forma más fácil. Lo que pasa es que en la prueba pre constituida vale para evitar que el menor entre en un juicio oral, pero la prueba pre constituida, hoy día a nivel legal es algo, digamos opcional del juez, es decir que si el juez le parece bien y es sensible a esta problemática, solicita la prueba pre constituida, pero si el juez no es sensible, pide la presencia del menor o la declaración por videoconferencia. En algunos casos todavía se declara en sala, porque el juez no pide la prueba pre constituida y porque la videoconferencia, pues o no funciona, o porque está ocupada en otra historia, son los menos, habría que tener muy mala suerte, ya se declara mucho así, es más estresante que la prueba pre constituida porque aunque no está en la sala, le preguntan directamente al menor, no ve al señor, no lo oye carraspear ni toser, nada de nada, está con su progenitor al lado, delante de una camarita de la pantalla y solo ve al Tribunal, al juez y ya está.

GC: y bueno por último, pensando que ustedes ya llevan muchos años trabajando este tipo de problemáticas, que no todos los psicólogos aguantan mucho tiempo y que ustedes incluso a veces los masters, en las gradas van y hablan sobre su testimonio y sus experiencias, etc., es preguntarle sobre alguna cuestión de formar específicamente a los psicólogos que reciben para que después, porque en algún momento dado tendrán que dejarlo, jubilarse o lo que sea, pasar la estafeta a otra persona, si hay algún proyecto plan o es simplemente colaborar en dónde les piden que lo hagan.

HM: solamente colaborar y si nosotras no estamos más seguirán otras personas, haciéndolo como mejor puedan. Cuando nos piden que colaboraremos en los master o en un curso, o en una charla, esas personas que reciben nuestras enseñanzas, se supone que van ahí cogiendo el testigo, tendrán sus propias experiencias y alguna resistirá, irán recogiendo su experiencia, si alguna resiste, que alguna resistirá, pues irán recogiendo su experiencia como en su momento a cogimos nosotras ¿no?

GC: pues no me queda más que agradecerle su colaboración por la información que me han proporcionado, esto como les decía es una entrevista anónima, estamos tratando de recabar información sobre los puntos comunes en los que los psicólogos que trabajan con este tipo de atención, pueden aportar a ello. Pues le agradezco muchísimo su colaboración

HM: de nada fue un placer

Octubre de 2017

Entrevista 3:

GC: ¿En dónde has estado trabajando casos de agresión sexual?

EM: Estuve trabajando CIASI. Había otras dos psicólogas más cuando empezamos porque justo abrieron, yo terminé la carrera y me llamaron para trabajar ahí porque necesitaban un chico que trabajará sobre todo con los abusadores, aunque también había alguna víctima y me puse a trabajar con ellos, empezaron a llegar muchísimos casos.

GC: ¿En qué rangos de edad estaban los abusadores?

EM: Uff! yo tuve un niño considerado abusador de 5 años, pues abusó de su hermanita, eso contaban también porque en estos casos había que tener mucho cuidado, porque había veces en que había padres separados a lo mejor, había que tener cuidado porque lo usan como arma entre los padres

GC: ¿qué edad tenía la hermanita?

EM: la hermana tenía 2 añitos y el niño está muy hipersexualizado, es verdad, parecía más mayor. Así como juego lo estuvo haciendo con la hermana, eso contaba también la madre, y luego tenía otro chaval como de unos 16, el rango era ese.

GC: o sea niños y jóvenes, ¿adultos no?

EM: no porque CIASI (Centro Integral de Abuso Sexual Infantil) atiende a niños y adolescentes, cuando hay algún mayor de edad ya no viene, en el centro solo trabaja con niños. Bueno me fue muy duro porque yo terminé la carrera, tenía 26 años y me llevaba mucho el problema a casa en esa época.

GC: claro, ¿en dónde estudiaste la carrera? **Formación**

EM: en la Autónoma de Madrid

GC: y cuando estudian la carrera ¿les piden a los psicólogos que hagan terapia?

EM: No

GC: No, entonces llegaste recién salido sin haber tenido tu propio proceso personal, ni habiendo atendido a nadie.

EM: si, esa es la norma general. Yo he tenido mucha suerte porque mis dos padres son psicólogos y entonces yo estuve dos o tres años trabajando aquí con mi madre, aprendiendo, pero no eran terapias sobre abusos, era terapia sobre educación escolar, dislexias, déficit de atención, es lo que trabajaba aquí mi madre.

GC: lo que yo tú aprendías con ella era cuestión de psicodiagnóstico, no procesos terapéuticos.

EM: exacto, no procesos terapéuticos, mi padre sí que es más terapeuta, me llevaba con él a sus sesiones, me llevaba mi bloc de notas y apuntaba como trabajaba él.

GC: Él atendía personas adultas ¿Y tú podías estar dentro?

EM: si, y eso sí que me enseñó mucho. Pero aun así, pues imagínate, yo empecé en las terapias ahí pues muy verde.

GC: y ahora que ya tienes un poco más experiencia, y qué miras hacia atrás este proceso de aprendizaje, ¿cómo veías tú que tú como externo, estuvieses en un proceso terapéutico de una persona adulta, con un caso que a lo mejor es netamente confidencial aunque tú también fueras psicólogo?, a lo mejor estabas presentado como co-terapeuta o no sé cómo, ¿cómo lo ves tú?, ¿qué cosas te dejaba a ti este proceso de aprendizaje?

EM: No eran casos graves, eran sobre todo casos de ansiedad. Entonces yo me formé con el biofeedback en el tratamiento con el tema de la ansiedad, de relajación y así. Siempre se le preguntaba al paciente “este es mi hijo, está estudiando psicología, ¿no te importa que esté

aquí?” y el paciente decía “para nada, para nada”. Y entonces me dejaban, pero casos así muy personales tampoco veía, eran un poco tema de ansiedad.

GC: ¿tú te **especializaste** en alguna rama específica de la psicología?

EM: es que en mi año de estudio, ahora han cambiado todo eso, hay que hacer un grado o Máster, una especialización, está un poco más especializado. En mi época, un grado de 5 años, la especialización eran las optativas que tú elegías en quinto, lo he hacías del Prácticum y luego si te querías especializar lo hacías en la rama privada, entonces solo me especialicé en el biofeedback. Pero yo me quería enfocar más a educativa, yo en mi último año era más psicología educativa y del desarrollo, con los peques. Otros cogían más la rama de recursos humanos que eran la mayoría, y es que en esa época había muy pocas asignaturas sobre psicoterapia, ¿sabes?

GC: ¿En qué año estuviste?

EM: yo en el 2005. En esa época además, la psicología no estaba considerada como sanitaria, tuvimos, muchos problemas, los psicólogos nos fuimos a la calle a protestar porque no se nos estaba considerando como una profesión sanitaria, y eso luego ya lo cambiaron. Y según el tipo de itinerario que habías hecho y las asignaturas, pues te daban un título, el que me dieron a mí, sobre psicólogo sanitario.

GC: ¿qué diferencia hay?, bueno no conozco muy bien el sistema educativo en España, pero ¿qué diferencia planteaba que fueses psicólogo sanitario y psicólogo clínico?

EM: porque ya podías hacer psicodiagnóstico. Para ser psicólogo clínico tienes que hacer el PIR (Psicólogo Interno Residente), la oposición y acabarla, si no, no puedes ser psicólogo clínico. Y entonces abrieron esa vía, porque claro había miles y miles de psicólogos, muy pocos tenían el PIR y muchos querían ejercer haciendo psicoterapia, psicodiagnóstico, y pudiendo trabajar no en la rama de recursos humanos, parecía que todos teníamos que trabajar en recursos humanos. Y entonces abrieron el camino de la psicología sanitaria para poder trabajar en centros sanitarios sin tener que haber hecho la oposición, el PIR.

GC: ¿pero ahora psicólogo sanitario y psicólogo clínico es lo mismo?

EM: No hay una diferencia. El psicólogo sanitario es más para trabajar la rama privada, ¿no? Quiero decir, no puedes trabajar en los hospitales.

GC: ¿el sanitario o el clínico?, ¿el sanitario no es el que trabaja en las instituciones?

EM: no, ese es el psicólogo clínico. O sea por ejemplo, si tú vas a la seguridad social y tú quieres una terapia de la seguridad social, ese psicólogo que está ahí tiene que haber hecho el PIR, o sea tiene que ser psicólogo clínico. Pero si te vienes a un centro como este, que es un centro privado, ahí te vale ser psicólogo sanitario, no tienes por qué tener la oposición para abrir un centro tuyo, privado.

GC: y ¿cómo hicieron todo ese proceso? Aparte de querer acceder a la cuestión psicodiagnóstica, para atender de manera privada, ¿cuáles fueron las dificultades que se encontraron en ese proceso?

EM: pues muchos no consiguieron el título por el itinerario que hicieron

GC: pero a fin de cuentas los dos psicólogos titulados tenían que estar en un lado o en otro

EM: sí, o en tierra de nadie

GC: y ese en tierra de nadie, ¿era solo para trabajar recursos humanos?

EM: claro, en muy poco, es muy poquitos trabajos se podía trabajar si no hubiera salido esa posibilidad, o eso querían hacer porque la gente sí que trabajaba. Por ejemplo yo que estaba en CIASI que es un centro público, es que ves ahí hay unos entresijos, yo trabajé ahí como psicólogo clínico y todavía no había salido lo de psicólogo sanitario.

GC: y si me permites la pregunta, ¿por qué psicología? **Motivación**

EM: Yo empecé, mi hermano tiene 6 años más que yo y como que siempre ha sido mi referente, él ha sido Ingeniero de Montes, entonces a mí también eso me encantaba, ir a la sierra, la botánica, hice el primer año de ingeniero forestal y llegué ahí y no me gustaba mucho la carrera, porque había mucho dibujo técnico, físicas Y se me complicó mucho. Yo siempre había querido también ser psicólogo, pero mis padres me decían “no, hombre no es lo mejor, hay mucho paro en psicología, está pasando todo esto, nosotros no te lo recomendamos” eso me decía en aquella época, fue por eso es que empecé ingeniero forestal, pero ya en ese año que no me gustó la carrera, me metí en psicología y yo creo también que un poco por vocación, como que siempre, mi madre me decía que tenía yo algo con las personas, quería estar algo con gente, hablar con ellos desde pequeño, y creo que ha sido un como una carrera vocacional

GC: ¿has tenido después oportunidad de pasar por psicólogo sanitario, de especializarte en algo más?

EM: lo único que he hecho es lo técnico en biofeedback

GC: ¿te han llegado a tu consulta después de haber trabajado en CIASI, casos de abuso sexual?

EM: Sí, sí, en caso un abusador adulto, pero yo aquí si ves que no lo puedes ayudar bien yo lo derivo. Ese caso de un adulto que había algún abusado de su nieto lo derivé y le hable también de CIASI para la niña. Conociendo CIASI siempre he querido derivárselo a ellos porque así en consulta privada, aparte de que económicamente supone un esfuerzo para muchas familias, pues no sé, es diferente, en CIASI trabajan a nivel conjunto con abogados, con trabajador social, con terapia psicológica, entonces yo creo que esos casos tienen que ser así, tienes que trabajar multidisciplinarmente.

GC: y tú en CIASI ¿pudiste ubicar el modelo terapéutico que se seguía para atender a las personas, independientemente de lo multidisciplinar que está en juego, el modelo, la manera, o algún manual para atender la cuestión del abuso sexual?

EM: un par de psicólogas nos instruyeron, ellas ya venían de trabajar estos casos y también de maltrato de pareja, ellas venían no me acuerdo de donde de otra asociación, ellos nos dieron material y nos instruyeron muy bien. Había que seguir un protocolo, era muy protocolario, la terapia venía un poco después de hacer una serie de protocolos, de cerciorarse bien de qué se trataba de un caso de abuso, sobre todo discernir si había sido un abuso o un juego sexual, si era grave o no, y había que hacer una serie de entrevistas estructuradas para contrastar, entonces yo por ejemplo, a veces eran hermanos entonces yo trataba con el abusador y otras que eran psicólogas con la víctima, para contrastar si era verdad o no era verdad, si había sido grave o no había sido grave, y bueno, ¿sabes qué pasa? cómo había muchísima afluencia y yo creo que ahora más, creo que ahora son ocho psicólogos.

GC: sí, un poco más, pero también me decía que cambian mucho, porque no aguantan eso, no hay una formación específica y la mayoría de los psicólogos, no nada más aquí en España, sino también en México y en muchos lados, nunca se les pide que los psicólogos que empiecen por sí mismos, en el sentido en que es tener un proceso terapéutico para manejar todas sus causas, que pudieran colarse como restos en una atención terapéutica.

EM: Totalmente, no sé en México, pero aquí en España la tradición psicoanalítica se ha perdido un poco, o realmente nunca se ha instaurado, no lo sé, yo sé que por ejemplo en Argentina se que hay una gran tradición psicoanalítica, aquí no, en la Autónoma y en la Complutense, psicoanálisis como tal, es muy leve, solo se da una asignatura.

GC: como parte de las teorías de la personalidad, bueno eso es en el ámbito de la universidad porque hay muchas escuelas Privadas de psicoanálisis incluso aquí en Madrid.

EM: claro, pero la gente que se forma en la universidad, se forma un poco, o nos forman hacia el enfoque cognitivo conductual, te enseñan mucho neurociencia, psicofarmacología y enfocan

todo un poco cómo en lo cognitivo conductual, de hecho a mí me informaron así, mi tía es psicoanalista, claro yo estoy de acuerdo, sé que para hacerlo tienes que psicoanalizarte y tienes que seguir un proceso y eso me parece fundamental, pero en la carrera en la universidad, ni siquiera en los Masters tú no sales preparado, ni te has psicoanalizado, ni se hace psicoterapia, te han dado teoría solamente.

GC: o sea que se da por sentado que la salud mental el psicólogo se da de hecho

EM: totalmente y de hecho no es así. En la carrera de Psicología se metía gente de todo tipo, gente que no estaba bien, con sus propios problemas familiares, y ningún profesor de la carrera, ninguno, nos enseñó que teníamos que tener nuestro propio proceso, te enseñan pues eso, inteligencia, personalidad, psicoanálisis, como teoría, te la pasas así cinco años y sales así, sin ninguna preparación psicoterapéutica. Entonces estoy de acuerdo, la experiencia es lo que te da un poco eso, que luego consigas estar con gente con experiencia que te enseña, como mis padres que me han enseñado un montón...

GC: ¿y cómo hacen con este tipo de casos, por ejemplo, si no hay un cuidado del cuidador, porque no existe en la Comunidad de Madrid algo que arrope a los psicólogos de los golpes psíquicos que reciben cuando escuchan tantas historias?, ¿cómo manejas tú estas cosas contigo no, por ejemplo si llega un caso difícil y si tienes algún círculo, algún lugar en donde tú puedas plantear un caso clínico y te puedas sentir apoyado por otros colegas, escuchar otras versiones, otras maneras de ver el caso.

EM: claro, otra cosa que es fundamental, yo, la suerte que lo he hecho con mis padres, sobre todo con mi padre, que ha sido un poco como mi desahogo y también mi mujer, mi mujer es psicóloga también, la conocí en la carrera y muchas veces le planteo cosas que trabajo, le digo que estoy preocupado por esto. Ellos me han ayudado mucho, se necesita, es verdad que necesitas ese círculo y si tu familia no comparte contigo esa profesión y te lo comes tú solo, yo creo que eso te acabaría quemando y dejarías el trabajo.

GC: pero como psicólogo que atiende otros procesos terapéuticos, tú ¿no has pensado nunca en decir, “voy a hablar con alguien profesionalmente, aunque tenga que pagar como me pagan a mí, para trabajar aquellas cosas que a mí me pegan de lo que escucho”?

EM: Claro es que mi padre lo hacía conmigo, gratis, yo lo he hecho eso con mi padre horas y horas y horas, él ha sido mi psicólogo.

GC: ¿cuánto dices que duraste en CIASI?

EM: solo aguanté un año y varios meses porque me tocó la parte más fea, yo cuando fui pensé que iba a trabajar con la víctima, pero no hubo manera de moverte de ahí, querían que fuese un hombre el que atendiera al acosador porque no había ninguna chica que fuese acosadora, ninguna en mi época.

GC: pero porque pensaban, si la mayoría son jóvenes niños, jovencitos, o sea no hay mayores de edad ¿porque tendría que ser un varón?

EM: no lo sé, lo plantearon así, en el proyecto lo plantearon así, plantearon que tendría que haber un psicólogo masculino para ese puesto. Exacto, nunca plantearon que alguna otra psicóloga dijera “venga pues yo me pongo ahí”, nunca me lo plantearon, nunca me plantearon la posibilidad de un cambio y por eso me fui.

GC: y además ¿es porque eres hombre y el hombre tiene que ser más fuerte para atender estas cosas?

EM: no sé, creo que más por el hecho de que el chico empatizara más conmigo que con una terapeuta, cosas que después de años no siempre es así, pero yo creo que lo planteaban un poco así, que los chicos tuvieran un referente masculino en vez de un referente femenino, pero quizá más para los chavales de 16 o mayores, pues tú fíjate que en todas las escuelas infantiles son mujeres las maestras y los niños encantados, quiero decir por ese sentimiento maternal, la

protección que te ofrece, es muy diferente a lo mejor un hombre, que te tiene que poner la norma, un poco como la figura del padre, yo supongo que sería para más para los adolescentes que necesitan un poco más eso. Pero claro, no es así, aquí estoy, ya me ves.

GC: pero tú ¿cómo vivías esto?, es como si propusieran que hay un proceso de identificación del chico con el varón, de la chica con la madre, cuando como tú mismo dices que en la infancia, el agente educador es un desplazamiento materno, es una mujer, y que realmente en la adolescencia es cuando a lo mejor necesitan más el referente masculino, pues ya en la edad adulta no los atiende CIASI, ¿de dónde toman ese presupuesto de que es así?

EM: ¿de dónde?, no lo sé.

GC: por eso te preguntaba si conocías cuál era el modelo terapéutico o teórico que manejan allí para poder entender este tipo de cosas, pues por algo se piensa así.

EM: quizás fue una demanda del proyecto ¿sabes?, no lo sé, no sé si para que te concedieran el proyecto, tenía que ser así, es un tema institucional. Pero además es que, todo lo demás, la trabajadora social era chica, las abogadas eran chicas, incluso la administrativa era chica y cuatro psicólogas todos eran mujeres, solamente un chico, entonces yo no sé, si les hicieron tener una figura masculina, ahora no sé cómo será, si seguirán teniendo chicos en esa plaza.

GC: yo les pregunté y me dijeron que ya no estaban trabajando con abusadores, solo con víctimas, a lo mejor es que como tú, desfilaron otras personas que vieron que por ahí no era el asunto.

EM: seguro, seguro, porque nadie está preparado para eso, es que determinaban un poco la vida de la persona. Una cosa es hacer terapia y otra es tener que ir a juicio, haber hecho un informe para determinar que ese niño es abusador y a lo mejor que le quiten la custodia a la madre, todo ese proceso era durísimo, que no tiene que hacer un psicólogo creo yo, y si lo hace, lo tiene que hacer preparado, haber tenido una preparación sobre peritaje con una frialdad de llevar un proceso judicial, yo en terapia fenomenal, en mi entorno pues bien, pero yo de Derecho no sabía nada, no sabía las penas, por ejemplo, para un abusador, tampoco en la carrera te enseña nada de eso.

GC: Y la cuestión es que tampoco hay **atenciones terapéuticas para abusadores**

EM: correcto, si dices que ni tampoco en CIASI es que no hay, ni en la Comunidad de Madrid, que yo sepa, seguramente en España no hay.

GC: Y menos para abusadores adultos que de alguna manera, es de un gran valor que una persona adulta diga “estoy mal, he abusado de mi nieta y quiero corregirme”

EM: así, lo mandan con un psiquiatra, que lo trate un psiquiatra como un enfermo, pero como un enfermo mental, cómo se puede tratar una esquizofrenia, es sorprendente, pero así funciona aquí, es el camino para un abusador que quiera reformarse, sé es cosa que a lo mejor el psicólogo te derive también a psiquiatría.

GC: o sea con esto me estás diciendo que los síntomas que se atienden en psicología sanitaria, clínica, todos están relacionados con la sola dimensión biológica neuro psiquiátrica y ¿no hay una consideración psíquica?

EM: a ver depende del caso, pero estamos hablando de pederastas o abusadores. Yo me acuerdo que en aquel tiempo había solo una psicóloga privada que trabajaba con estos casos, Victoria Noguerol, creo que se llamaba, tengo un libro de ella, pero no lo tengo aquí, era una especie de manual para trabajar en estos casos, y ella sí que hacía un poco de terapia con ellos, pero es que, ¿quién está preparado para eso?, es que normalmente te metes en problemas judiciales, como psicólogo, cuando trabajas con algún pederasta, pues a ver “has denunciado, no has denunciado, se ha enterado la familia o no se ha enterado” ¿sabes?, entonces, son casos un poco..., si me dices, otro tipo de casos, casos de ansiedad, depresión, entonces sí que hay una ayuda psíquica también. Pero ya te digo, un adulto que vino aquí, pues yo no estaba preparado,

Me vino con la mujer y la familia no sabía del caso, pues esto hay que denunciarlo, le dije a la mujer “tienes que denunciar a tu marido y lo tienes que contar a la policía para que un organismo empiece el proceso judicial”, el arrepentimiento también pasa un poco por eso, reconocer que has hecho daño y tienes que reconocerlo, a la familia a tus hijos que no lo sabían. Entonces yo ahí pues no estoy preparado, y no conozco organismo, ni sitio, donde si pudieran hacerlo, más que la Seguridad Social, el psiquiatra o ese camino médico.

GC: sé que hay organismos que atiende la violencia de género, para atender a las mujeres, pero ¿qué pasa con los tíos?, ¿quién los atiende a ellos?, ¿ya nada más como casos de delincuencia?

EM: sí, sí, a lo mejor en las cárceles si que habrá algo, yo sé que hay psicólogos en las cárceles que sí que trabajan, pero ya como eso, como con un delincuente igual que un pederasta o igual que un mayor de edad abusador. Me ha sorprendido que ya no trabajen con abusadores infantiles, porque pensaba que sí que había esperanza de trabajar con ellos, de hacer terapias de dejar rehabilitada esa persona para que no repita eso y no sea echado como un delincuente, pero veo que ya ni siquiera lo trabajan, con lo cual me imagino que esos chavales abusadores, pues por ejemplo el típico caso de un colegio en que se produzca esto, pues la vía penal, imagino que el colegio o los padres se enterarán denunciarán irán a la guardia civil o a la policía, denunciarán el caso de un abuso y se comenzará un proceso judicial que necesitará del peritaje de un psicólogo, qué cogerá a ese presunto abusador, a la víctima y les hará una entrevista y un peritaje, se determinará si ha sido verdad o no y punto. Y en ese proceso, ya la madre “pues voy a llevar a mi hijo, voy a buscar un psicólogo privado, un terapeuta que puedo ayudarle” y no creo que sea fácil. Sí, esta cosa está así.

GC: me sorprende mucho lo que me estás diciendo porque, al menos en América Latina hay muchos organismos que ayudan a crear relaciones igualitarias y son masculinos, o sea son organismos de hombres para atender a los hombres, para que aprendan a tener relaciones igualitarias, porque machismos hay en todos lados, violencia hay en todos lados, entonces cuando me dices esto, así está España, así está Madrid, así está la condición de los abusadores y todas las personas que tienen dificultades para controlar sus impulsos agresivos son delincuentes...

EM: sí, y la terapia de la Seguridad Social por ejemplo, te ve el psicólogo una vez al mes, dos veces al mes, no hay seguimiento, se desbordarían. Está muy mal el tema público, en España está muy mal, por eso sigue habiendo muchos casos de violencia machista.

GC: pero a nivel de ONGs, porque bueno tampoco en México hay a nivel institucional, del gobierno esas atenciones, lo que surgen son cosas alternativas, ONG que se dedican a atender a esta población y que después lanzan un máster que tienen que poner en reconocimiento oficial, o que hacen cursos y talleres para que estas personas con dificultades tengan un espacio en la sociedad.

EM: aquí las hay, pero más enfocadas hacia la mujer, a la víctima, todo está un poco enfocado a ella, el teléfono 013 para denunciar tal, pero en ningún momento se dice “existe esto para los hombres” y entonces no sé ataja el problema, son parches que vamos a ir poniendo, pero que no atajamos el problemas, nadie está trabajando con esa población para que no se produzcan más casos, o se reduzcan los casos de violencia machista y con lo del abuso sexual pues lo veo muy mal, veo que cada vez va haber más casos.

GC: ¿por qué crees tú?

EM: pues porque... no sé, creo que los chavales se han hipersexualizado con todo el tema de las redes sociales, ahí se hay un espacio abierto, yo en mi época no existían, no había Instagram, no había Whats App, todo eso no estaba, entonces hay un abuso tremendo, pues por ejemplo, en parejas que se fotografían desnudos, se mandan las fotos por Whats App, y si se acaba la relación, se mandan las fotos, y normalmente él manda a los amigos las fotos de la chica desnuda, eso antes no se podía producir, luego el tema del acceso a la pornografía que se tiene

hoy en día, los niños y todos, o sea es tremendo, se accede desde su celular. La sensibilización que hay ahora con la imagen de uno mismo, “me pongo así o asá, me hago un selfie o me hago una foto”, eso me parece súper peligroso y que va crear muchísimos casos de abuso, de maltrato y de acoso escolar, y yo creo que eso, vamos, yo no he visto estadísticas, pero creo que ha ido aumentando de 10 años ahora exponencialmente, seguro.

GC: y en tu práctica, ahora que ya no estás en CIASI, que estás acá en tu consulta, ¿cuáles son los **síntomas** más fuertes que a ti te llegan o los que comúnmente más atiendes?

EM: pues ahora últimamente el tema de la adicción, una adicción a los videojuegos o a las tecnologías

GC: pero que te lo traen como un síntoma o como un malestar que está provocando a nivel familiar

EM: Por supuesto, pero no reconocido como una adicción o como un problema grave, sino como una necesidad de orientación “qué hago con mi hijo que se la pasa en esta cuestión” y pues más encontrándote que el niño está completamente adicto a eso y no quiere estudiar, no le llama nada la atención un libro, no se concentran en clase, está con el móvil, pasan 8 horas diarias, en la pantalla móvil la PlayStation, la tele y luego los padres diciendo que los niños con los cascos todo el día y que no pueden hablar con sus hijos.

GC: pero ellos mismos se los han dado para tenerlos en paz un rato

EM: si, bueno, y por deseabilidad social, porque si no se lo das a tu hijo y todos sus amiguitos van con el móvil, tu hijo es el raro que no tiene móvil.

GC: Claro, pero hay límites en casa, en las escuelas incluso, no en todas las escuelas se permite el móvil

EM: eso es lo que trabajo Gabriela, esos límites, intentar enseñar a las familias a que pongan esos límites, muchas veces soy yo el que habla con el chaval para ponerle el límite porque ya no escuchan a los padres en absoluto, precisamente por lo que dices, porque se los han dado se lo han dado todo, “si siempre me has dado lo que te he pedido, tengo el móvil que quiero, tengo todo lo que quiero y de pronto me lo quieres quitar, y encima ahora te fastidias porque voy a suspender, pues lo hago para fastidiarte porque no me importan los estudios y cuanto más daño te haga así”, claro es la adolescencia, y entonces vienen a mí un poco para reconducir a ese chaval y para darle un poco las pautas para salir de esa situación y decir, “vamos a ver, ¿cuántas horas a la semana le dedicas a esto?, pues, tantas”. Muchas veces utilizo la empatía para que ellos vean que yo soy igual, porque a mí me encantan los videojuegos. Yo al terminar la universidad, pues hicimos un estudio sobre cómo estaba cambiando el juego en la escuela y en los niños, del rescate de los Policías y Ladrones, de cómo estaba cambiando al juego del Pokémon y era ya el segundo juego, el primero era el fútbol y el segundo es el Pokémon. Cuándo salió el Nintendo íbamos a las escuelas a hacer la encuesta, la entrevista y te ponían el primer juego el fútbol y el segundo el Pokémon, había cambiado el juego, y no sé a mí siempre me ha gustado mucho el tema de los videojuegos y entonces, pues empatizo con ellos y ellos conmigo, que vean ellos en mí la figura de un adulto que lo entiende, que si hablo del Call of Duty, que sabe lo que es el Call of Duty porque he jugado el Call of Duty y me dice pues mira es total, y es mucho más fácil llegar así. Tú le dices al padre “pero ¿tú te ha sentado a jugar con tu hijo al Call of Duty?” y te dicen que no, “a mí los videojuegos no me gustan”, ¿entonces?, o sea, no se sientan con sus hijos a jugar un rato los videojuegos, ver a lo que están jugando, quitarle ese hierro al juego o esa violencia al videojuego, pues quitársela con tu padre al lado, “pues mira esto no es así”. No, ellos juegan horas y horas a un videojuego, sin que nadie los mire un poco, les guíe en eso de que estoy matando a cientos de... aunque sean muñecos, no sé, hay que trabajarlo. Y esa es la mayoría de los casos que me vienen, son esos y luego también ansiedad, no sé si también por esto, pero a los chavales les produce ansiedad el tema escolar,

con el tema de suspender, “con mis padres, me van a quitar el móvil”, les crea ansiedad, llega el examen, se bloquean, no duermen, están mal. Sobre todo, es eso lo que trabajo.

GC: Y ¿cómo conduces estos casos para que realmente los chicos asuman un límite?, además de la empatía en donde tú te muestras con el deseo y con el conocimiento de ello, ¿hacia dónde va, cuál podríamos decir que sería el hilo conductor que te lleva a decir “ya lo voy a dar de alta porque he logrado...” qué?

EM: Bueno normalmente las notas son lo que te dicen si lo has hecho bien y si darle el alta, bueno el que empiece a estudiar ¿no?, yo también estudio con ellos, aparte de hacer terapia yo también como que soy su tutor, me traen sus trabajos, sus asignaturas, sácate el de cuaderno de tal, tienes examen con esto, vamos a planificarlo, vamos a poner horas de estudio, entonces trabajo a nivel terapéutico y a nivel un poco escolar. Entonces cuando yo veo ya que el chaval está estudiando, está aprobando Es inmediato porque en cuanto ellos empiezan a aprobar, eso ya se refuerza y quieren seguir probando.

GC: o sea que lo que está debajo de ese síntoma es simplemente una necesidad de atención

EM: es un fracaso escolar

GC: pero el fracaso escolar es una consecuencia de, no es una causa

EM: sí. Es una desatención, pero familiar y escolar, los niños también están desatendidos en la escuela.

GC: y con que alguien les atienda de cerca

EM: decíamos antes de los organismos, pero la figura del psicólogo del colegio, es algo que está totalmente defenestrado. El orientador del colegio, muchas veces me llegan los padres y les pregunto “y en el colegio ¿le ha visto el psicólogo de ahí?, no que va”. Están desbordados. Un psicólogo para no sé cuántos alumnos ponle que 500 o 600. Incluso el material, no llegan a todos los chavales, yo aquí tengo material, tengo el WISC, tengo test y en el colegio no llegan a todos los chavales, llegarán al caso más límite pues porque sí, no paran de expulsarle y entonces ya así lo mandan al psicólogo, pero solo en casos extremos. Luego te encuentras por ejemplo, algún chaval con dislexia o déficit de atención no muy grave, más o menos leve, pero que lo está pasando mal y está suspendiendo porque hay una dificultad, hay un problema y el diagnóstico no lo ha determinado el colegio, dicen si hay sospecha y luego te lo traen, pero no tendrían por qué, debería de ser el colegio el que diagnostique a ese niño y eso veo que hay muy poco movimiento. No sé a qué venía esto.

GC: sí cuando te hablaba de los síntomas, de los que recibes, de hacia dónde va cuando tú puedes dar de alta a alguien, como da la señal, la cuestión del estudio de los chicos.

EM: Ah sí, pero me decías eso, que había un problema de fondo para ese fracaso escolar, sí, un poco de todo ¿no?, pero te encuentras familias estructuradas, con un nivel cultural muy bueno y con este mismo problema.

GC: o sea que no son garantía, no es ya la estructura, es como si la sociedad hubiese implantado un sistema, o unos criterios o un patrón, que quien se adecua ellos no tendría por qué tener problemas.

EM: correcto

GC: pero los problemas pasan por otro lado, no por el criterio establecido, sino por la relación que la familia tienen con el lenguaje y con el trato con el chico que tiene, qué es una cosa mucho más íntima, más subjetiva, menos objetivamente, hablando en relación a las características intelectuales del chico o de sus capacidades, o de aquello que se evalúa con pruebas porque tiene facultades para esto, esto y esto, y podría hacer esto o esto otro, si no lo que el chico quiere o no quiere hacer con ellas, y eso depende mucho de la identificación y del trato que tenga con sus padres, ¿no?

EM: Claro. Y ahí es en donde entra en juego lo de las tecnologías

GC: que suplen

EM: sí exacto, es una suplencia de tus padres, o un muro que pone eso allí. Y al final solo te relacionas con eso, con la tecnología, con ese WhatsApp, con el Instagram Y nada con tus padres, ni tus padres contigo, porque muchos están trabajando llegan a las 8 de trabajar, pero si les ponen 50 clases particulares, uno paga la asignatura y parchean el que el niño incluso, no quiere esas clases particulares, no quiere y está desatendido, es que la palabra es esa, desatendido, está él solo consigo mismo. Y claro pues eso, al final ¿qué es lo que destapa esas situaciones?, un boletín con 6 suspensos y cuando llegan con 6 suspensos, entonces sí se sorprenden y dicen “a mi hijo le está pasando algo, determinámelos”. Entonces cuando hacen las pruebas, ves que el chaval tiene una inteligencia normal, descarta que haya cualquier tipo de problema, pero ya en la entrevista es un poco la situación familiar, el cómo tratan al chaval, la relación que tiene el chaval con los padres y cada vez más, hay una separación cada vez más grande entre los hijos y los padres.

GC: es un síntoma social

EM: Si es un síntoma social que va a dar mucho trabajo a los psicólogos, ya te lo digo yo, sí porque esto es muy nuevo, imagínate cuando llevemos 15 o 20 años así, hacia dónde vamos, realmente, el desarrollo de las tecnologías, para mí que todo eso nos va a llevar a otro sitio ¿sabes?, ya los niños muy pocos leen libros, muy poquitos se leen una novela, eso es también es un síntoma social, y eso no sé qué producirá, si se irán hacia un camino tecnológico, táctil, para el cual no nos hemos desarrollado nosotros, porque yo lo he visto hasta en mis hijos que ya manejan la Tablet..., sí, desarrollarán eso, pero se quitarán otras cosas.

GC: otros tiempos que van creando otros síntomas, otras necesidades.

EM: Exactamente.

GC: Y ¿cómo ves tú el porcentaje de chicos que logran mantenerse con esos límites y que salen a flote?, ¿les has dado un seguimiento más longitudinal o solamente con su tratamiento transversal para hacer todo tipo de síntomas?

EM: Sigo un tratamiento longitudinal, siempre guardo su contacto y les voy preguntando, porcentaje... yo creo que un 70%, pues siempre hay casos que no consigues nada ¿eh?

GC: claro, ya sea porque la relación con el psicólogo no da, o ya sea porque hay mucha resistencia de ellos o de los padres, que aunque te lo traigan “quiero que se cure y no quiero, porque implica que yo me esfuerce y no quiero”, o sea que hay todo un síntoma social de la acción y de la responsabilidad de lo que nos toca.

EM: Eso es, muchas veces es eso y continúan igual. Sí así lo veo, totalmente.

GC: y cuando tú concluyes un tratamiento, cada tratamiento es un aprendizaje, ciertamente cada paciente nos cuestiona, nos hace que nos hagamos preguntas, nos hace mirarnos a nosotros, incluso pensar lo que nosotros hubiésemos hecho a esa edad, todo eso también nos lleva a una introspección. ¿Cómo ahora te ves tú en este recorrido? en el que al inicio no tenías nada de experiencia estabas en el CIASI atendiendo la parte más fea, como tú dijiste, y que luego que estás en lo que a ti te gusta haciendo esto, ¿ese recorrido te ha hecho cambiar tu propia posición subjetiva respecto de la clínica respecto del **ejercicio del psicólogo**?

EM: no, no me veo que haya cambiado mi postura, evolucionado sí, he aprendido mucho como dices, acaso he ido aprendiendo, pero la base siempre ha sido cognitivo-conductual, y siempre he seguido esas pautas, por ejemplo con los chavales, siempre trabajamos con refuerzo positivo, economía de fichas, y eso cómo que tampoco te da pie a cambiarlo mucho, ¿sabes lo que te quiero decir?, es como muy pam, pam, pam: pues “has hecho un buen dictado, te has ganado 8 puntos, fenomenal, cariño, genial, ahora un poquito de lectura, qué bien lo estás haciendo”, lo vas reforzando, motivando con puntos y luego juegas un poquito al final de la

sesión con él, “vamos a jugar un juego de mesa”, y eso cómo que es mucho de trabajo, “vamos a hacer ficha de lectura, de dictado”, tú le vas poniendo la terapia, pero eso no ha evolucionado mucho desde que mi madre trabajaba aquí, de eso hace como treinta y pico años, ese método lo hemos seguido haciendo sobre todo con temas de dislexia.

GC: o sea que está genial para establecer los límites que los chicos necesitan. Y cuando se trata de ir un poco más allá en el sentido de la relación de los chicos consigo mismos y con sus padres ¿hay algún alcance?, porque eso ciertamente puede producir muchos efectos en el aprovechamiento del chico, pero ¿hay alguna modificación en esta otra parte más subjetiva de ellos, en relación con sus padres, o la problemática sigue igual?

EM: Muchas veces la problemática sigue, pero intenta rebajar un poco los síntomas, porque la de la adolescencia no es algo que puedas curar, el chaval es adolescente y lo va a ser durante una etapa y vamos a tratar de pasar esta etapa lo mejor posible y después, si lo has hecho bien, tu relación va a volver a ser muy buena con tu hijo y tu hijo contigo, ahora si lo dejas deteriorarse en estos 4 o 5 años, vamos de los 13 a los 18, si tú en esa época dejas, pues eso, que todos empeore que lo único que te preocupe sean los estudios, gritos, enfados, castigos, “yo me enfrento a ti, yo soy más”, cuando está toda esta problemática, es bajar un poco esos síntomas, si te pasa todos los días de la semana, entonces vamos a trabajar esto para que la discusión sea una vez a la semana, pero nunca decir que no vas a discutir con tu hijo o no va haber enfrentamiento, tu hijo va a querer salir por la noche, tu hijo va a llegar al tarde algún día, entonces es un poco eso, el llevarles a tu paz en esa etapa lo mejor posible. Y luego claro, luego remite todo, porque antes o después, el chaval de pronto dice “ya no soy adolescente” se empieza a preocupar por su futuro, en la inmensa mayoría de los casos y entonces la propia problemática remite, se centra en la universidad, ya han conseguido pasar esa etapa. Entonces ese acompañamiento, para que en ese tapa no se deteriore la relación.

GC: y aquí en España en el caso de los adolescentes, ese rango de permisividad ¿hasta dónde llega?, te lo digo porque en comparación con otros países especialmente en América Latina donde los chicos si salen muy tarde, puede que no lleguen. Aquí la cuestión es completamente diferente, desde el transporte y la seguridad, desde que todavía se confía en la policía, que hay ciertos rangos y cosas que son respetables, y que hay menos probabilidad de que le pase algo, pero de todas maneras hay un rango de permisividad dependiendo de las edades, las horas ¿cómo manejas tu eso con los padres y con los chicos?

EM: como tú bien dices la permisividad parte de que los niños no tienen miedo. Imagino que en América Latina tampoco, si pasa algo tendrán el miedo, la responsabilidad o el conocimiento de que, si llegan tarde les puede pasar algo en ese barrio o puede no llegar a casa. En general aquí no, los niños no tienen miedo y entonces, a ver, los padres si tienen miedo de que les pase algo a su hijo, pero no veo que sea potente... Pero hay casos de violación, digo yo, pocos en comparación como en un país sudamericano, Colombia a lo mejor, por poner un ejemplo, de asesinato o tal. Aquí en Madrid no ha habido un asesinato en meses, te diría que en las noticias no ha pasado nada de eso desde hace meses. Entonces un poco eso, no tiene porqué pasar nada, no va a pasar nada, es muy poco probable. Hay más permisividad o en los pueblos. Mi pueblo es Toledo, yo nací en Ávila, pero mucha gente los fines de semana las fiestas verano se van a los pueblos, y es verdad que en los pueblos hay tradición de fiesta, de salir y no pasa nada en el pueblo, puedes llegar a la hora que quieras, pero luego en Madrid no, a las 8:30 en casa o a las 9, depende de la edad, pero ahí sí que se ponen los padres mucho menos permisivos.

GC: ¿a las 21 los adolescentes en casa?

EM: sí y entre semana no salen, qué digo, yo salía cuando era adolescente, salía todos los días, hasta jugar un partido de fútbol por el barrio, salías un rato, pero ellos están toda la semana encerrados en casa o en sus actividades extraescolares que “voy a inglés o a esgrima” es así como se relacionan “voy a inglés y tengo mi grupito de amigos del inglés y me vuelvo a casa” pero están toda la semana en casa hasta el fin de semana en que se van al pueblo y entonces en

el pueblo es donde salen, muchos te dicen “yo no tengo amigos en Madrid, yo no salgo por Madrid” y eso pasa con muchos chavales, y los que sí salen a estar pronto, y es la guerra del chaval, por ejemplo, tengo un chaval que va a cumplir 17 años y hemos conseguido que llegue a las 10:30 porque la madre no quiere que llegue tarde, que le va a pasar algo, por el barrio, porque tal. A veces se salta un poco la norma y llega a las 11 o 11.30 y la madre se enfada un montón, pero dice que sus amigos se van a las doce “¿por qué me tengo yo que regresar a las 10:30?”. Pero si no veo que aquí en Madrid haya tanta permisividad, yo creo que antes había más, yo tengo la sensación de que mis padres me han dejado más manga ancha, que los padres de hoy, sí quizás todo el tema del terrorismo también, no lo sé, hay más miedo yo creo.

GC: y bueno ¿te ha tocado, por ejemplo algún caso de emergencias en los que tú tengas que ir a la casa de algún jovencito o con un papá, por alguna emergencia X?

EM: no nunca, si acaso me ha tocado un caso emergencia ha venido aquí,

GC: pero te habla y tú tienes que estar acá ¿por ejemplo en la noche?

EM: ah no, yo tengo mi horario

GC: Y por ejemplo ¿te ha tocado por ejemplo llevar casos a distancia?

EM: sí, me lo han solicitado, pero no, no me gusta nada, pienso que no, o sea puede que me pueda dar información de cómo está, está bien, pero para terapia, no yo no lo veo, tengo que ver a mi paciente, cuando me despido, me despido de él con un abrazo. El otro día me planteaba un padre “es que si hacemos una sesión por Skype”, y yo le decía que no, que necesito estar físicamente y no sé, tampoco lo he probado, pero como que estoy muy cerrado a eso, no creo que sea lo mejor, no tiene los mismos efectos.

GC: más en esta sociedad en que el contacto humano se está perdiendo

EM: exacto, exactamente. Otra cosa es que sea algo educativo, un curso o una charla, sí pues por Skype pues hablas, pero lo que es terapia, la mirada, sí de pronto llora el poder no sé, es que me parece fundamental, se me pone a llorar en Skype y qué hago, aquí no, me levanto a lo mejor, me siento a su lado, no sé, tienes contacto humano y para mí eso es fundamental en la terapia o sea que no lo veo. Hay psicólogos que lo están haciendo mucho eso, mi padre me dijo que un psicólogo en Barcelona que cobraba 70 y tantos 80 € por hacer sesiones por Skype, que yo dije, pues vale, será una eminencia o yo que sé cómo lo hará, pero me parece una tomadura de pelo, un sacacuartos, pues eso, imagínate puedo tener cien terapias por Skype, no lo veo es que eso no.

GC: a veces estos medios de comunicación, o estos avances tecnológicos, no solamente rompen los límites entre padres e hijos, sino hasta a veces están en los mismos profesionales y eso a veces va más allá de lo que el rango ético de la profesión pueda orientar a los profesionales.

EM: bueno yo no diría que no sea ético lo que se hace, lo hace muy bien y tiene muchísimos clientes. ¿Sabes qué pasa? que la psicología también depende mucho del paciente, de la persona que busca la terapia. Si este señor tiene muchísimo nombre y hablan fenomenal de él y tiene mucho poder con ese decir, pues bueno ese psicólogo es buenísimo y te hace una sesiones por Skype y te valen y te sirven, pues él te dirá “pregunta a mi paciente” y resulta que están encantados, pero yo como profesional no lo veo, no comparto su visión, pero para él, puede ser muy ético y profesional lo que hace, supongo. Entonces yo tampoco me meto en eso, me preguntaras a mí y yo no lo hago, pero sé que si hay mucha gente que lo está haciendo.

GC: hay de todo, hay terapias para todo el mundo, hay estilos terapéuticos a pasto, la cuestión es ¿cómo se rescata de alguna manera esta dimensión de lo humano y de lo subjetivo donde parece que la tecnología absorbe, mimetiza, universaliza y se pierde la unicidad y la singularidad de cada caso?, creo que es como una llamada de alerta y a veces creo que éstas nuevas dimensiones tecnológicas, pueden ser muy provechosas desde un punto de vista como tú lo estás diciendo, o hay aquellas en donde se corrompe también, se corrompe la relación en donde

no hay una dimensión ética del asunto y en donde se lucra con el dolor ajeno. Entonces eso es como extremos en donde los psicólogos, sobre todo en el tratamiento de las cuestiones tan personales de cada quien, tienen que estar midiendo su dimensión ética y su posición frente a cada caso.

EM: sí totalmente, ha cambiado mucho, por eso te decía que esto no se planteaba antes.

GC: y luego como para terminar, cómo crees tú que terminas, tú como persona, dentro de tu propio mundo, si me permites hacerte la pregunta, a lo mejor es muy personal, después de cada tratamiento ¿qué haces tú con ello?, el chico se va con sus enseñanzas ¿y tú?

EM: yo sigo.

GC: pero tú ¿qué haces con eso que se ha cerrado?

EM: ¿cuándo termina la terapia?, seguir con otra, ¿sabes qué pasa?, que no tienes tiempo, tengo tantas, que cierras unas y estas en otras, en mi día a día, imagínate que veo 6 personas al día y yo durante ese día solo pienso en esas 6 personas y al día siguiente en las siguientes seis. Y luego en otra 6 y luego en otra 6, llega el fin de semana y quieres desconectar... tus hijos, aunque sé que muchas veces sigues con alguna terapia en la cabeza, entonces realmente el análisis de que ha cerrado una terapia, no sé cómo decirte, se diluye con todas, las que tienes con el resto que tienes ¿sabes?, luego la prioridad casi siempre va cambiando.

GC: o sea tú no sientes esa necesidad de evaluar cómo te fue ahí, de mirarte a ti mismo.

EM: la siento cuando pasa un tiempo, siento la nostalgia o la necesidad de decir “qué tal le ha ido, cómo le estará yendo a esta persona después de que cerré la terapia con él”, pero ya ha pasado tiempo ¿sabes?, así de forma inmediata no me paro a pensarlo, sigo con las que tengo.

GC: sí, eso en relación a los pacientes, pero en relación a tus propios aprendizajes, de hacerte tu propio alto y decir, yo qué hago con esto, ya cerré, ya se fue y yo qué hago con esto, lo analizo, lo medito, lo olvido, lo guardo, lo platico, lo converso con alguien o simplemente se encadena con otro y ese momento nunca llega.

EM: lo guardo, siempre lo guardo y sí que se encadena, es que se va encadenando con otro, el aprendizaje, no sé cómo explicarte, cómo que estás todo el rato aprendiendo y todo el rato practicándolo y todo el rato lo vas encadenando con la siguiente sesión, lo que has aprendido con todos los anteriores, o sea por ejemplo, si has cometido un error digamos y la terapia se termina porque ha habido un error, tú aprendes en ese momento a que no te vuelve a pasar ese error en la siguiente terapia o en las terapias que estás teniendo, entonces es como un aprendizaje constante y una práctica constante de lo que aprendes con cada uno. Entonces vas evolucionando, pero incluso sin ser conscientes de la evolución, hasta que ya pasa el tiempo y después de todas formas yo tengo muy buena memoria me acuerdo todos mis casos y me lo guardo en la memoria, todo.

GC: tú llevas para tu casa supongo expedientes, archivos.

EM: sí, claro, claro, vas anotando todas las notas que vas cogiendo, pero como son terapias normalmente largas se te quedan en el pozo de esa persona, por así decirlo, al final esa persona con la parte de tu vida, por ejemplo tengo un caso de un chaval que tiene parálisis cerebral que llevo desde los 9 años con él y ya tiene 20, entonces forma parte de mi vida ya es como un hermano para mí y llevas once años con esa persona. Entonces si yo cierro la terapia con Nacho, vale, porque hemos terminado la universidad, porque siempre le ayudado con el tema escolar, he sido como un tutor, bien vamos a trabajar en inglés, vamos a trabajar en matemáticas o trabajar en informática, y cuando termine, terminaré la terapia, pero imagínate el aprendizaje de 11 años, eso cómo que te queda dentro de ti, más que yo tengo expediente ¿sabes lo que te quiero decir?, pues es un poco eso. Que la terapia ha sido muy corta y a lo mejor pues no has cuajado con el niño, solo ha durado una semana o dos un poco más, entonces te quedas con esa experiencia como que algo no has hecho bien, para no haber llevado a esa persona o no haberla

ayudado, o que no haya conectado contigo, entonces lo analizas para saber cuál es el error para que no te vuelva a pasar con el siguiente, yo soy un poco así, lo analizo así y no sé, aprendo un poco y lo voy todo incorporando mientras voy haciendo las terapias.

GC: No hay un lapso en que tú pares y digas, porque supongo que hay períodos vacacionales.

EM: sí en el verano y no paras.

GC: que pares y te cuides a ti.

EM: no paras, tu mente nunca para.

GC: me refiero a que paras de estar con los pacientes.

EM: eso sí, pero tu mente no.

GC: eso, ¿cómo cuidas tú eso?, porque de alguna manera, aunque estés bien si piensas en ello.

EM: Porque me gusta mucho, porque te tiene que gustar mucho, incluso desde tu lugar de vacaciones ¿me entiendes?, a ver vamos, a ver yo estoy en la playa y me contacta uno de mis pacientes, y yo nunca digo un “no” ¿sabes?, en ese momento me vuelco en lo que me está diciendo porque me gusta mucho, entonces nunca he sentido eso de que tengo que desconectar del trabajo porque no me gusta, o porque estoy fatal, o es mi mes de vacaciones, nunca he tenido eso, entonces realmente nunca desconectas y si llega el periodo vacacional, pues sigues estudiando leyendo.

GC: estás estudiando ahora algo.

EM: bueno estuve estudiando Educación Infantil, ahora mismo no.

GC: de manera formal o autodidacta

EM: formal en un módulo público, de un instituto online a distancia y nada, porque fui papá y dije en la universidad no me enseñaron mucho sobre 0 a 3 años, entonces quise saber un poco sobre la primera infancia, muy interesante, muy bonito. Y luego pues estudias libros que siempre vas cogiendo algún libro, yo que sé.

GC: ¿tú tienes alguna línea de autoformación, que digas “ahora voy a enfocarme por aquí”?

EM: va por rachas, tuve una época de puro biofeedback y ahora ya no veo nada de biofeedback, luego bueno, pues coges a Ellis y luego, pues no sé, voy un poco así por rachas.

GC: ¿cuáles son los autores que para te han influido en más?

EM: mis padres

GC: ¿y teóricamente?

EM: mis padres han escrito libros y son muy teóricos, y bueno es que además siempre ha sido mi padre el que me ha ayudado y me ha dado información sobre la terapia, ahora léete algo de terapia breve, ahora algo sobre la Gestalt, sobre el biofeedback, o fíjate en este autor, en este libro, siempre me ayudó él, desde antes de terminar la carrera me iba el instruyendo en autores, entonces tampoco tengo ninguno que yo diga Vigotsky o no sé, Freud o algo de psicoanálisis, por ejemplo de psicoanálisis, sí que tengo que reconocer que sé muy poco, se poquísimo, entonces pues esa formación me falta, tengo que ir con mi tía un día y estaría bien que me psicoanalizara yo.

GC: bueno esas son opciones.

EM: eso es algo que quiero hacer más adelante, hacerme yo un psicoanálisis y aprender, pero yo creo que el psicoanálisis se aprende así, pienso porque de manera teórica que, voy a coger unos libros psicoanálisis me los voy a leer ¿y ya sabré algo de psicoanálisis?

GC: Bueno se aprende psicoanalizándose.

EM: yo creo que sí, que es la única forma.

GC: Pues bueno, el interés de comentar un poco esto contigo era retomar tu experiencia respecto de las agresiones sexuales ¿has encontrado maneras de irte apoyando en las incertidumbres, en las dudas, en las dificultades, una guía?, por lo que veo tú has tenido muy acompañado en ese sentido, cosa que no sucede con la mayoría de los psicólogos.

EM: yo he tenido mucha suerte en realidad, no en mi clase, pues ninguno está ejerciendo como psicólogo, uno está haciendo guitarras, el otro es profe, otro estudió una ingeniería, o sea que al final de mi grupo, el único que acabó trabajando como psicólogo soy yo, algún otro más, pues ponle uno de cada diez, es muy difícil luego trabajar como psicólogo.

GC: cómo que a veces la inquietud de ser psicólogo pasa por entenderse uno, en muchos casos, y eso no pasa por una profesión, pasa por otro camino, es el que cada quien va descubriendo en la vida y que como lo comentabas, los psicoanalistas lo han encontrado así, en el sentido de si quieres estar detrás del diván, tienes que haber estado en él.

EM: por supuesto.

GC: Pues en ese sentido es como procurar buscar una formación, un autocuidado porque las instituciones parecen no tenerlo, nada más presuponen que hay una salud mental preestablecida en los profesionales que se dedican a ello y no hay un cuidado del cuidador.

EM: nada, solo hay instrucción teórica.

GC: pues eso, ha sido muy valioso todo lo que me has estado comentando, porque es muy común en los lugares donde se estudia psicología.

EM: si, y supongo que no te he dicho nada nuevo.

GC: Lo que pasa es que se da de maneras diferentes, y lo que yo querido contrastar es cómo podemos incluir algunos elementos, incluso del mismo psicoanálisis, en la comprensión de los casos de la agresión sexual, porque todos están como muy cortados por la misma tijera, en el sentido del psicodiagnóstico, de la intervención interdisciplinar, sin una oportunidad al sujeto que está detrás, incluso del agresor y la víctima misma.

EM: estoy de acuerdo, totalmente.

GC: entonces la tesis va un poco por ahí, qué elementos puedes transmitir, porque no le vas a dar la clase de psicoanálisis a los psicólogos, ni le vas a decir a la gente que estudie psicoanálisis si no es su campo, no es lo que ellos quieren y están en otra cosa.

EM: Y que hay que invertir mucho tiempo, porque no se aprende de la noche a la mañana el psicoanálisis.

GC: no, para nada, años. Pero en el sentido de qué elementos se pueden compartir para que puedan escuchar un poco más allá de lo que su competencia no les permite ejercer y puedan estar atentos, tener otro oído para atender a esas personas.

EM: y dejas que te pregunte que te has encontrado.

GC: Dentro de la psicología muchas resistencias al psicoanálisis, muchísimas.

EM: Es que es una herramienta muy valiosa yo también lo veo.

GC: y en este caso de las agresiones sexuales que es una problemática social evidente, los métodos institucionales para ello, eluden, evitan incursionar en esta parte más subjetiva de la violencia para saber si es verdad o no es verdad, si es fantasía o no, sin poder considerar que el fantaseo tiene que ver mucho con lo que viven las personas. Entonces es complicado, hasta ahora que te escucho y que he escuchado a varios psicólogos y a varios psicoanalistas, la cuestión de contrastar los discursos y analizar en dónde se puede ir tejiendo algo, son posiciones completamente diferentes para escuchar, pero que hay posibilidades de mantener una actitud abierta a las preguntas, que si yo no se lo puedo contestar pido ayuda, qué elementos pueden formar parte de un proceso formativo sobre todo en quienes atienden casos de violencia sexual.

EM: me parece súper interesante, pero no solamente para la violencia, es que por ejemplo en CIASI, si pones la figura psicoanalista y vas a tener un plus de ayuda enorme, pero incluso a nivel de grupo de hacer dinámicas de grupo de los psicólogos, yo hubiese agradecido eso. Vamos a lo mejor seguiría trabajando ahí, y si hubiera tenido esa figura y esa asesoría, pero no estaba, entonces eras tú contigo mismo y las que tienen experiencias, pues muy bien yo qué sé ya, se habían desensibilizado y el nivel con las víctimas igual, yo creo que sería maravilloso, pero hay una cerrazón a la corriente psicoanalítica que es incompatible con la cognitivo-conductual, pero yo creo que no, que hay complementariedad, se puede ser un grupo de trabajo y puede ser mil veces más productivo. Es necesario abrir un poco la mente de la gente, se está cerrando mucho con las neurociencias, sales de la Universidad con la mente muy cerrada.

GC: pues muchísimas gracias, ha sido un gusto conversar contigo.

EM: Pues eso, fue un placer...

Noviembre de 2017

Entrevista 4:

GC: Antes que nada, quisiera que me comentarás algo de tu formación como psicoanalista y ¿por qué el psicoanálisis y no desde otro campo?

JM: bueno, el interés por el psicoanálisis, fue conocerlo durante el bachillerato y al llegar a la primera clase en la Facultad de Psicología, ya me enteré, ya me dijeron, lo primero que presentaron fue que allí, eso es lo que no iba a haber. Recuerdo que era una clase común... había varios grupos, entonces había clases comunes para llevar grupos en la psicología general, y recuerdo que, bueno si alguien quiere el psicoanálisis eso allí en la biblioteca hay algo al lado de parapsicología, pero si alguien ha venido aquí a estudiar psicoanálisis se ha equivocado de sitio. Desde la primera clase, lo que pasa es que uno es muy cabezón.

GC: pero ¿ya tenía claro que quería el psicoanálisis del bachillerato?

JM: sí, había en una clase de filosofía que se daba algo de psicología y contaban alguna cosa, pues es donde me interesó y entre otras, pues no sabía yo que existieran tampoco muchas vías de formación, pero vamos cuando fui a hacer psicología me interés estaba ya por el psicoanálisis y las cuatro cosas que podía haber en esos momentos, y a pesar de esa entrada, bueno pues no me lo quitaron de la cabeza y continúe en la Complutense. Tampoco había muchas alternativas en aquellos momentos, entre otras cosas, existían dos Facultades de Psicología, que yo sepa, las dos además en Madrid, la Autónoma y la Complutense, y no existían más Facultades de Psicología en toda España, porque como estudios independientes, pues llevaban muy poco tiempo, hasta entonces habían sido Ciencias de la Educación y Filosofía, pero como rama, como facultad propia llevaba muy poco tiempo. También es cierto que cuando yo empecé a estudiar psicología, tampoco tenía muy claro que lo fuera a terminar. Era una época de crisis económica y yo me puse a estudiar, porque no tenía mucha perspectiva hacer otra cosa, no había trabajo, para estar sin hacer nada, pues mientras se aprovechaba y estudiaba.

GC: Pero en aquel tiempo, ¿qué sabía de la formación de los analistas?, ¿qué venían de la psicología, de la medicina, de dónde?

JM: pues que tuviese que ver con la psicología, por el lado que hubiese oído algo, no lo había relacionado con la medicina, lo relacionaba más con la psicología. Y como tal formación, algo específico y separado, pues no tenía idea que existiera una formación. Incluso en los primeros años, primer y segundo año de la facultad, tampoco había demasiada información al respecto, más que te dijeran que eso no era psicología, que te lo repetían bastantes profesores. Lo cual, en muchos casos casi incitaba más al interés, porque por otro lado, lo que siempre te contaban que era la psicología, era un petardo impresionantemente aburrido, pero en esos primeros

cursos, tampoco es que hubiera alguna formación específica, yo tardé bastante tiempo en conocer las vías de formación por las diversas asociaciones, ni siquiera sabía si existía la Asociación Psicoanalítica de Madrid. Quizá como tal no se haya formado o estaría formándose muy a los inicios. El psicoanálisis estaba en pañales institucionalmente.

GC: Y cuando terminó la carrera de Psicología ¿cómo continúa la formación de analista?

JM: Pues bueno. Cuando termine, antes de terminar tuve ciertas opciones de poder haberme quedado dentro de la Facultad, caer en algún departamento o tal, había estado un par de años antes en el departamento de social, que era otra... mis intereses y iban por un lado, por la clínica y por otro lado, por lo social. En social conseguí participar en un departamento, con una beca y aunque tenía una forma de conseguir algo de dinero, aquello era decepcionante, absolutamente decepcionante, el ambiente dentro, con lo cual, tenía muy claro que no me llamaba mucho la atención quedarme dentro de la Facultad, aparte de que el futuro era incierto, conocí a gente que llevaba años trabajando en los departamentos, de alguna forma haciendo trabajos de velados para profesores, con las promesas lejanas de que luego se les crearía un puesto. Había gente que lo conseguía y luego gente que no, por otro lado, uno tenía que vivir de algo. A mí la verdad es que, a pesar de que me repetían que son estudios que tenían poca salida profesional, yo termine en junio y empecé a trabajar en septiembre, así que me fui de vacaciones sabiendo que iba a trabajar, empecé a trabajar en un pueblo de La Mancha y además como una auténtica casualidad. La médico del pueblo era una persona que había tenido cierta formación psicoanalítica y arregló algo para conseguir que se abriera un consultorio municipal, y bueno esta mujer, casualmente era vecina de toda la vida de uno de mis profesores, de mi verdadero introductor en el psicoanálisis, Eduardo Chamorro a quien casualmente le preguntaron si conocía a alguien que estuviera interesado en trabajar ahí, él me llamó y allí me fui a ver que salía y salió, y allí estuve 4 años.

GC: Entonces en ese tiempo no estaba como reglamentada la cuestión de tener que hacer una especialidad para estar en la clínica, ni la rama de psicología sanitaria.

JM: no, no existía, los estudios de psicología era la licenciatura de 5 años. Luego existía una cierta especialización, pero sin ningún reconocimiento de fondo, que era lo que existió antes de la Facultad de Psicología, lo que se llamaba la Escuela de Psicología y Psicotecnia, era lo primero que existió de estudios universitarios de psicología y, a pesar de que ya existía la Universidad, seguía existiendo aquello para psicólogos, maestros, era una especialidad de clínica, de educativa y alguna más que no recuerdo. Entonces recuerdo que hice esa especialidad, que era la única que existía por estudios reglados, era un año me parece, a la cual yo no asistía a ninguna clase porque trabajaba a 120 km de Madrid, y lo solucione todo haciendo trabajos. Por otro lado, aquello me interesaba porque en aquellos momentos, también existía el servicio militar obligatorio en España y claro, a mí tampoco me interesaba hacer el servicio militar y perder el trabajo que tenía, con lo cual, era la manera de seguir teniendo prórrogas para no tenerme que incorporar al servicio militar y por eso me hice la especialidad de clínica y la de educativa también, de la que me quedó una asignatura para terminar. Al final logré escaparme del servicio militar, al cabo de muchísimos años, de agotar todas las prórrogas me hice objetor de conciencia que luego ya se podía....

GC: Y ¿qué **orientación tenías especialidad**, era humanista, era cognitivo conductual o...?

JM: había de todo, la carrera tenía todavía alguna asignatura con nombre psicoanalítico, había una optativa en cuarto o en quinto, una que se llamaba técnica psicoanalítica, en segundo, técnicas proyectivas y yo creo que así, con nominación clara, no había ninguna más. Pero bueno, había ciertos profesores de orientación psicoanalítica, que todo el mundo sabía y son pues con los que íbamos todos los que teníamos esa línea, independientemente de la asignatura que dieran. El caso de José Miguel Marinas, yo le tuve de profesor en primero de Sociología, en aquellos momentos, no sé si por el programa que había, no era un profesor claramente identificado desde la órbita psicoanalítica en aquellos momentos, pero bueno, al menos

tampoco estaba por el otro lado, como podía pasar en asignaturas como antropología, más abiertas. Y en lo que hice en la escuela, ahí sí que había profesores de todo tipo, debían ser 5 o 6 asignaturas el curso que se hacía nomas y sí había algún profesor con más orientación psicoanalítica, ahora no recuerdo el nombre, pero era algo un poquito más plural. Cuando en la licenciatura estaba empezando a pegar lo cognitivo conductual, que era la novedad, antes todos eran conductistas, todos se hicieron cognitivos conductuales de la noche a la mañana, siendo igual de malos profesores, eso era lo peor.

GC: ¿y la **formación propiamente psicoanalítica** en algún centro, asociación o agrupación?

JM: debido a todas esas circunstancias no hice una formación estrictamente psicoanalítica, digamos que mi formación la hice de una manera un poco particular, me puse a trabajar, recuerdo trabajando en un consultorio, de un pueblo de unos 4000 habitantes y llegué con una lista de espera de unas 120 personas a las que atender. En esa locura empecé a trabajar con las cuatro cosas que sabía, que era casi nada e inmediatamente empecé a supervisar, y al cabo de poco tiempo, yo creo que debió de ser no más de cinco o seis meses, inicié mi propio análisis. Y paralelamente a eso bueno, era en La Mancha, que era la provincia de Toledo, aquello dependía entonces del IMSERSO, no sé si lo conoces, era el organismo de servicios sociales a nivel nacional, que fueron los que desarrollaron todo el Sistema de Servicios Sociales y luego se transfirieron a las comunidades autónomas, pero en aquellos momentos era a nivel nacional. Aunque luego existía una dirección provincial, que es de dónde salían subvenciones, era una subvención que se iba dando y renovando temporalmente, el Ayuntamiento no pagaba un duro, daba el servicio, se beneficiaba políticamente de dar el servicio, pero no le costaba nada concretamente, la de mi pueblo venía del IMSERSO. Y en el IMSERSO no se ofrecía la posibilidad de dar formación, yo no recuerdo ahora, pero a veces organizaban cursos formativos, una vez al mes o cada dos meses, no recuerdo bien ahora, hubo unos cuantos cursos con profesores de orientación analítica, por ejemplo en psicoterapia de grupo, a lo mejor fue un curso de tres o cuatro fines de semana, donde vinieron algunos profesores a contarnos psicoterapia de grupo desde un punto de vista psicoanalítico. Allí es donde a mí me gustó, elegí a mi analista y empecé a realizar el análisis. Y esa fue mi formación, en aquellos momentos no existía una formación reglada, salvo la que daba la Asociación Psicoanalítica de Madrid, en ese tiempo, habría el sistema clásico de algún didacta autorizado y acudir a sus cursos, algo que me resultaba prohibitivo y no estaba a mi alcance, así que yo, a la hora de elegir analista, no anduve fijándome si era reconocido, de alguna asociación, bueno yo tuve más o menos claro que elegiría como analista alguien que me gustara, con quién pudiera congeniar, porque entre otras cosas, mi interés y mi demanda venía más, no tanto desde la idealización de hacer una carrera de analista, sino yo estaba acá trabajando como psicólogo, estaba en una clínica y entendía que mi formación era como psicólogo clínico, necesitaba analizarme, entre otras cosas, para no enloquecer uno mismo, ya que estaba trabajando con ese volumen de pacientes brutal.

GC: ¿Cuánto tiempo después de empezar la práctica clínica empezaste tu **propio análisis**?

JM: Pues yo calculo que no debió de llegar al año. En principio también cuando yo empecé, recuerdo que le dije a mi analista, bueno yo estoy muy bien del todo, sé que hay que hacerlo para dedicarse a esto, tres o cuatro sesiones me di cuenta que eso no era así. Y eso es lo que sigo haciendo, continuando con mi análisis, supervisando, acudiendo a algún curso, pero tampoco con ninguna formación reglada, tampoco encontré ningún grupo que dijera, “bueno pues esto es lo que me gusta”, como para querer hacer la formación que me ofreciera. Ya empezaba a haber alguna escuela de psicoanálisis para entonces, iba a alguna conferencia, a algún cursito, pero no vi nunca y sigo sin ver ningún grupo donde diga “realmente este es el grupo de donde me gustaría formar parte”, todavía no lo encontrado.

GC: y ¿qué lecturas son como claves en tu formación como a has llevado, como analista?, ¿**autores**, lecturas? porque sabemos que también dentro los psicoanálisis hay muchas escuelas y muchas orientaciones y muchas teorías

JM: sí, pues bueno, cuando empezaba yo la formación, todo el bum del lacanismo aquí no había llegado, estaba empezando a llegar, pero no todavía con la fuerza que luego vino. Recuerdo que todavía en Madrid había mucho psicoanalista argentino, de los que se habían venido exiliados por la dictadura, pero todavía no eran lacanianos mayoritariamente, por lo menos con los que tuve yo contacto, era gente que venía de temas de grupos, Pawlowski , Kesselman, un poco todo gente con implicación social y que claramente venían de una formación más del pensamiento que Kleiniano, que se ve que estaba ya la cosa en esos momentos de transformación. En ese momento no era consciente, pero a mí me llegó mucho una cierta línea de pensamiento kleiniana ya no ortodoxa, heterodoxa, pero de esa línea.

GC: ¿qué año estamos hablando?

JM: Estamos hablando años, a finales de los 80 hasta mitad de los 90, por ahí. Ciertamente que ya entonces si había grupos lacanianos, pero yo encontraba mucha dificultad para entender algunas cosas, y la verdad es que todavía me sigue ocurriendo, y muchas veces iba y yo no entendía nada la jerga esa, a mí me generaba mucha desconfianza. Recordaba aquella máxima de Engels, de que cuando algo no se entiende, no es que sea complicado, es que alguien no quiere que lo entiendas, y lo que se está haciendo, es un juego de poder. Entonces a mí me daba muy mal rollo y no debía tener la suerte de encontrar buenos lacanianos que realmente explicarían bien, “bueno es que para entender esto hay que hacer mucho”, eso de que tienes que hacer mucho para poder entender, no me convencía mucho, y bueno, leyendo a Freud fundamentalmente, no en seminario, sino por mi cuenta. Y bueno, luego hay autores que me habían marcado y me habían llamado mucho la atención también, pues digamos los autores... desde el principio tuve un especial interés por eso que podríamos llamar los clásicos. Descubrí pronto y casi por casualidad a Ferenczi, que en aquellos momentos nadie te hablaba de él, pero con el tiempo fui descubriendo que había algunas personas en Madrid que habían trabajado con ese pensamiento, pero yo lo descubrí por mi cuenta, casi por casualidad y fue un autor que me empezó a interesar mucho.

GC: Y ahora ¿hay una institución que forma desde esa línea, no? En Quipú ¿no?

JM: Sí, efectivamente yo suelo publicar bastante en la revista de Intersubjetivo, pero vamos a mí me interesó mucho desde el principio, de todas maneras estaba pensando por donde caerían mis primeras lecturas, pues no sé muy bien por dónde empecé a leer a Ferenczi, por donde me llegó el interés, cuando estaba trabajando fue cuando empecé a leerlo y no recuerdo que nadie me hablara de él, ni siquiera ninguno de los que puedo considerar mis maestros, que creo que les hable yo luego antes de él, que ellos a mí. Luego algo de Reig cayó por mis manos en el primer curso de la carrera y me interesó mucho, era un autor del cual aquí nadie hablaba, pero yo recuerdo que, a pesar de que a nadie le interesaba yo le fui leyendo y fue un autor que siempre me interesó y me continúa interesando y ha sido uno de los autores que siempre leí bastante. Luego con mis cambios profesionales, pues fui descubrir a Maud Manoni, porque después de los 4 años en La Mancha, vine a trabajar a la sierra de Madrid, ya no en un trabajo clínico, sino en un trabajo de organizar todos los servicios sociales y darles apoyo a las trabajadoras sociales, en una zona muy amplia de 40 municipios y además creando toda esa institución. A esa figura que se llamaba técnico de apoyo para las unidades de trabajo social, donde bueno, algo clínico haces, pero en una zona muy espesa ya que es una zona geográfica muy amplia, pero con muchos municipios, una zona, muy envejecida y en núcleos de población muy pequeños, donde había que crear todo, y cuando digo todo, es todo. No existía ninguna red de servicio social, ni conexión con el resto de servicios y muchas veces, desde crear servicios básicos, llevar teléfono a pueblos, donde no existía ni tan siquiera el teléfono, estoy hablando hace 30 años o menos. Sería el año.... estuve en La Mancha del 86 al 90 pues esto sería, del 90 al 92, 2 años y en esos años, había pueblos sin agua corriente, sin teléfono y entonces, no existían los teléfonos móviles, allí vi el primer teléfono móvil y se lo vi al secretario de la comunidad que llevaba todo aquello, con un maletín de aquellos, era el único que tenía teléfono móvil, era el

secretario de 20 pueblos y estaba continuamente moviéndose. Fue un trabajo interesante, creativo... había que aprovechar los propios recursos, ya que nadie quería ir, por ejemplo el servicio de atención a domicilio, a la Comunidad de Madrid le salía carísimo, inventamos un sistema que aprovechando recursos de la propia zona, gente de la que trabajaba de la propia zona, se les formó para dar formación a domicilio a los ancianos que andaban en estos pueblos aislados durante semanas por la nieve y a 60 km de Madrid, que no es que estuvieran ahí en una... Y allí estuve 2 años. Y luego ya cansado de los contratos temporales, oposite y saqué una plaza como psicólogo en la Comunidad de Madrid, y cae en un centro ocupacional para personas con discapacidad mental, que era un tema que curiosamente, tanto en La Mancha, como en la sierra, había trabajado de alguna forma en los dos sitios, una de las últimas que había hecho, era un censo de personas con discapacidad mental que ni siquiera estaban identificadas y muchas estaban todavía metidas en su casa sin hacer nada, algunas semi escondidas y casualmente, pues por esa oposición, me salió trabajar ahí, y qué hacías con personas con deficiencia mental, pues ahí descubrí a Manoni.

GC: claro, combinabas algo de clínica psicoanalítica

JM: efectivamente, después de pasada la primera depresión, de decir, “qué leches hago yo en este sitio”, y aguantaba esas cosas que tienen las instituciones. Aquello de qué bueno, tienen todo bien colocado y entonces, llegas allí de nuevo y alguien te dice que ahí se puede vivir muy bien a condición de que no quieras cambiar nada y entonces ¡uy qué bien! pues me han dado un motivo para hacer algo, se me va la depresión, y sí, al poco tiempo me di cuenta de que era el lugar donde podía combinar las cosas que me interesaban, el interés social con lo clínico que, por un lado, aunque sea muy triste, el mundo de la deficiencia, es como la hermana pobre en todos los servicios donde nadie espera nada de ello, pero por otro, te dejaba un campo de libertad de actuación enorme porque, como no hay exigencias, el tiempo no pasa, total ya están allí para estar toda la vida, nadie esperaba nada de todo aquello, pues fue el lugar ideal, tampoco te ponían trabas para empezar a investigar e innovar con las cuatro cosas que sabía, por ejemplo de grupos, yo que había hecho dos o tres cursitos de formación, que a lo mejor no sumaban ni 40 horas entre todos ellos, pues yo me puse hacer psicoterapia de grupo con los deficientes y bueno, encontré que pasaba las mismas cosas que con los demás en los supuestos básicos, y bueno pues eso, a completar mi formación en ese sentido, dentro de las posibilidades que había, pues en la línea psicoanalítica casi nadie trabaja con este tipo de colectivos.

GC: El trabajo institucional fue más bien combinado con la cuestión social, en la institución ¿prácticamente Ayuntamiento de Madrid o Comunidad de Madrid?

JM: Comunidad de Madrid, allí me tiré como 15 años y salí porque llegó un momento en que el centro cambio radicalmente, se hizo un trabajo muy interesante, muy bonito, pero llegó un momento dónde aquello ya no daba más de sí y las cosas que se tenían que hacer chocaban ya con la cúpula de estructura, el centro había llegado a su tope y se necesita compromiso de más para arriba para desarrollar otro tipo de centro. El centro funcionó para lo que se dice que tienen que estar los centros, pero no para lo que estaban, procurar que para ciertas personas aquello fuera un lugar de paso, un lugar de camino hacia su integración y eso pasa por el trabajo. Allí se desarrollaron proyectos con los que luego la Comunidad de Madrid no quería comprometerse lo suficiente, y lógicamente los recursos del centro eran escasos, sin compromiso de más arriba, sumado que hubo un cambio de dirección y llegó otra persona que llevaba otra línea completamente distinta. Entonces se sumaron esas dos cosas y el choque fue inevitable, llega un momento en el que has llegado a lo máximo que puedes llegar allí y si aquello no tira... pues llegó el momento que hice las maletas, pedí un traslado y me marché a un centro de valoración de discapacidades, porque era lo que había para poder marcharme dentro de la Comunidad de Madrid, llevo en este centro 8 o 9 años y desde entonces no ha habido otro traslado, no salen traslados por inoperancia.

GC: Continúas trabajando en ese sitio, allí y acá en la clínica

JM: Ya incluso, no recuerdo si estaba en los últimos años que estaba trabajando, no, fue después, cuando termine de trabajar en La Mancha y me vine a trabajar en la sierra de Madrid, empecé a trabajar consulta porque cuando deje La Mancha, me ocurrió que algunas de las personas con las que trabajé allí me demandaron querer continuar el tratamiento, porque cuando me marché dejé todo un proyecto para construir un Centro de Servicios Sociales, que luego se llegó a realizar, Como ves, mi formación ha sido muy atípica.

GC: pero ha sido muy interesante por toda esa experiencia institucional. Ahora ¿por dónde continúa la línea teórica, qué **síntomas** son los que más acuden, por ejemplo es lo más común la depresión, qué cosas son las que más acuden?

JM: en realidad nunca hice difusión y por otro lado he mantenido conexión con todo, por ejemplo no hace mucho, vino a pedirme tratamiento una persona a la cual le había visto cuando era un muchacho, en el pueblo este de La Mancha y le había tratado cuatro o cinco meses, y no es la primera vez que me ocurre, de vez en cuando, alguien de allí vuelve aparecer, a pesar de que no he mantenido ningún tipo de contacto con el lugar, ni nada. Y luego, pues la verdad es que, como que con el tiempo se ha ido creando una propia red y a mí, los pacientes normalmente me llegan de pacientes anteriores. Alguien que tiene conexión con alguien que.... pues nunca hice mucha difusión, no quise darle mucho tiempo a la consulta particular, pero tampoco quise dejarla, siempre me sirvió tener las dos cosas, el trabajo en las instituciones y el trabajo público, no solo por los sueldos públicos, que son escasos y bajos, pero en aquellos momentos el aspecto económico no era relevante, era una necesidad de tener un lugar distinto. Y por otro lado, pues sí me hubiera interesado tener un grupo de pertenencia o de referencia y lo busque, siempre había tenido interés de reunirme y profundizar en la formación teórica, pero la verdad es que me trato con distinta gente, distintos grupos, tengo gente conocida, pues gente con la que me llevo bien, en el grupo oficial de la Internacional Psicoanalítica de Madrid, tengo equipo de gente en otros sitios, conozco en unos lados y otros, colaboro con la revista Quipú. En el grupo Ágora estuve colaborando hace poco, donde me llaman suelo ir, pero no tengo ningún lugar donde adscribirme. En estos últimos años, me interesa mucho más el psicoanálisis relacional o intersubjetivo, pero no llego a encontrar algo que digas “esto y esto me interesa, pero me sigue interesando esto también” y no veo porque, si me interesa esto, tengo que dejar lo otro, la dinámica de escuelas me sigue pareciendo que tiene más que ver con juegos políticos que realmente con el saber.

GC: pero realmente hay concepciones teóricas distintas, por ejemplo en el manejo de la transferencia, no es lo mismo en los grupos que vienen de Klein o los post kleinianos, de los que vienen de Anna Freud o posteriores.

JM: esto yo creo que tiene que ver más con la clínica que tú lleves

GC: ¿Cómo definirías la **clínica que tú llevas**?

JM: Hay dos grandes diferencias aunque luego se mezclen en algunos puntos, pero por ejemplo en lo público he trabajado mucho la clínica de la psicosis, de la deficiencia mental, de lo social, porque en muchos aspectos, desde el trabajo en las instituciones públicas, en muchos momentos, para el paciente, es más determinante la situación social que la sintomatología desde el punto de vista Psicopatológico, qué tipo de red social y de apoyo es más determinante para su tratamiento, para la gravedad que tenga y el impacto en su vida. Si tiene una buena red social de contención o familiar, pues puede estar mucho mejor integrado y llevar una vida mucho más normalizada, que a lo mejor otra persona con una sintomatología más leve, pero una situación más de aislamiento. Y eso lo he visto mucho más en pueblos, en donde el determinante social en última instancia, yo tengo la comprensión —quizá no tanto intrapsíquica—, de que la psicopatología tiene un componente social enorme, porque en última instancia, lo social es lo que determina qué es psicopatológico, qué es aceptable y qué no. Entonces desde ahí, pues si a pesar de que si hay diferencias, por ejemplo me dicen... “Cómo puedes trabajar con grupos, al menos desde lo que yo conozco, sin cierta formación y cierta

comprensión del inconsciente kleiniano”, porque todos los desarrollos de clínica grupal vienen desde esa escuela, no desde lo lacaniano. El trabajo con lo que puede ser la clínica límite, los trastornos borderline, aunque ahora, desde los planteamientos lacanianos hay acercamientos, desde hace muchos años ha habido una negación de esa clínica, porque todo tenía que encajar o en lo neurótico o en lo psicótico como estructura, esa concepción de que no hay paso de un lado a otro... yo creo que esas diferencias de escuela tan marcadas, solo se sujetan cuando la gente se forma solo en una escuela y se basa mucho en el desconocimiento del otro. Yo leo a Lacan me interesa mucho, pero leo a Klein y me sigue interesando mucho, leo a Ferenczi y me interesa mucho también y no entiendo porque a veces hay pacientes que los puedo más entender desde uno y a otros les puedo más entender desde otro, y creo que hay una base común, en todos hay diferencias por supuesto, hay diferencias técnicas muy importantes, sí claro que las hay, ¿pero irreconciliables?, yo no entiendo que sean irreconciliables.

GC: entonces más tu trabajo ha estado más enfocado, por lo que dices con cuestiones límites, psicosis, border.

JM: He trabajado más neurosis en la clínica privada, como es lógico, y especialmente he trabajado, sin haberlo buscado más con adolescentes.... psicóticos he trabajado algunos aquí... pero esos requieren tener una buena red familiar de sostén para ellos, si no, no suelen durar mucho.

GC: y por ejemplo ¿cómo has visto tú la posibilidad de trabajar en las instituciones desde este punto de vista psicoanalítico?

JM: yo llevo trabajando toda la vida sin una bandera, cosa que hice desde el principio, porque como en la formación de este país, si vas con la bandera del psicoanálisis, no tienes más que resistencias. Lo que siempre he hecho es ponerme a trabajar, y yo lo que he hecho es ponerme aquí, alguien con cierto conocimiento puede ver que hay una foto de Freud y tal, pero a mí, la gente no me viene preguntando “¿usted de qué escuela es?”, sino que me ha dicho “me pasa esto y me han dicho que usted trabaja con estas cosas” y, tanto en lo publicó como lo privado, mi demanda sobre todo siempre ha sido clínica, gente que viene sufriendo, que está pasándolo mal por lo que sea y no te viene preguntando “usted de qué es o que no es”. No he tenido mucha demanda didáctica, pero como tampoco estoy metido en un grupo concreto, tampoco desde ahí me va a llegar, como es completamente lógico. Entonces, el haber trabajado en instituciones, siempre he trabajado desde una perspectiva psicoanalítica y me ha funcionado bastante bien. También el haber trabajado en instituciones hizo que desde el principio me interesara mucho, lo que es entender las instituciones desde el punto de vista psicoanalítico. La mayoría de los psicoanalistas tienen ahí tiene una enorme laguna por la formación psicoanalítica que se da, sobre todo para la clínica de la neurosis y para la clínica individual y del consultorio particular. Casi nadie empieza a trabajar en eso, casi todo el mundo empieza a trabajar en instituciones, por no contar que esto empieza a ser una propia institución. También tengo que reconocer el interés por entender las instituciones, me podía haber quedado en la carrera, con José Miguel Marinas de profesor, que nos había hablado de las instituciones, el interaccionismo simbólico. En aquél momento yo no recuerdo que hiciera un abordaje desde de la perspectiva psicoanalítica, eso como que es algo que yo tuve que ir construyendo en el Máster de psicoterapia psicoanalítica, que llego desde que se hizo hace 20 años, que es la parte a la que me dedico yo ahora y a mi tesis doctoral sobre la institucionalización del psicoanálisis. Es decir, que el fenómeno de entender las instituciones desde el punto de vista psicoanalítico, desde el principio, quizá por trabajar en ellas, entendí que era fundamental para poder entender lo que sucede, no puedes hacer psicoanálisis en una institución como se hace en el consultorio, tienes que utilizar otras cosas.

GC: Entonces tú ¿puedes considerar que tu posición como analista cambie en un ámbito y en otro?, ¿cómo podrías definir una posición y otra?

JM: sí, sobre todo porque el trabajo analítico en las instituciones, los posicionamientos técnicos concretos desde el psicoanálisis clásico son inviables, es decir en las instituciones, no se puede trabajar con el modelo clásico de técnica psicoanalítica en cuanto a frecuencia de sesiones, es inviable en las instituciones tienes que aplicar el pensamiento psicoanalítico para entender, primero las contradicciones que hay dentro de la institución y entender lo que es el síntoma institucional, lo que te pide la institución, lo que te pide realmente, lo que están demandando las personas atendidas desde esa institución. Los problemas de los equipos y configuración de esos equipos desde el trabajo institucional, entiendo que el psicoanálisis puede aportar muchísimo, salvo que sea una institución donde el trabajo sea hacer un trabajo clínico, pero yo nunca he estado en salud mental directamente, aunque cuando estuve en mi primer trabajo era lo que hacía, aunque no oficialmente porque no existía como tal. Y luego el resto no he estado, es decir, pero sí creo que, es que ese abordaje de permitir en las instituciones, creo que siempre que sea posible, legible un abordaje de este tipo grupal, no técnicas individuales, primero por razones de eficiencia y que la propia situación no lo va a sostener. Ahora por ejemplo, mi labor, salvo este último año que ha cambiado un poco donde estoy, pues es exclusivamente para valorar discapacidad. A mí lo único que se me exige, es que vea una persona entre media y una hora para que le ponga un diagnóstico y un determinado porcentaje de discapacidad, el 70% es un trabajo en el fondo absurdo, burocrático, pero por ejemplo, con niños, con jóvenes pues... ahí me han servido mucho los aportes de Winnicott, coger el trabajo que desde su consulta en pediatría hacía con niños, y donde en principio no iba a realizar un trabajo psicoanalítico, había niños con los cuales iba a hacer una intervención o dos nada más, y que esa intervención será para algo, para abrir un espacio para que luego esa persona busque una terapia por algún sitio, bueno, que reflexione un poco sobre lo que le está ocurriendo.

GC: A eso me refiero más, al modo de escuchar que la técnica en sí. Porque ni la frecuencia de sesiones, ni el uso del diván, ni la singularidad de la institución lo permiten.

JM: Claro, pero es que Freud cuenta ya en época muy temprana que la técnica psicoanalítica es otro gran mito, la técnica psicoanalítica ¿qué es?, ¿lo que hacía Freud?, porque seguramente lo que él hacía no lo entenderíamos hoy como técnica psicoanalítica. Lo que hacía hasta 1920 y del 20 hasta después, Freud fue cambiando su técnica y la técnica ha cambiado mucho.

GC: ¿tú has cambiado tu técnica?

JM: claro, yo la he ido cambiando continuamente y la seguiré cambiando, porque entiendo que la técnica tiene que ser algo vivo, y donde ahí entiendo y me apoyo en el Freud clínico. Freud como clínico era un tipo absolutamente heterodoxo, siempre recomendando a mis alumnos, el libro "Así trabajaba Freud", son 7 personas la mayoría analistas, otros que se habían analizado con Freud y cada uno contaba su análisis con Freud y con cada uno era totalmente distinto, uno decía que Freud era dicharachero, otro preciso, otro intervencionista, otro muy distante, es decir, en la clínica tiene que existir la flexibilidad con cada paciente. Con cada paciente tiene que ser uno distinto y trabajarte a ti mismo de una manera diferente porque si, a lo mejor solo tienes determinado tipo de pacientes y eso creo que es muy aburrido. Yo soy ferenciano y el primer principio técnico de Ferenczi que manejé fue la flexibilidad, la técnica debe ser flexible, cada paciente es distinto y eres tú el que tienes que adaptarte a la necesidad de ese paciente.

GC: en relación a la demanda de los pacientes... si los pacientes vienen, no sé supongo que, por ejemplo, uno tartamudea y lo que quieres es ayudarlo para que se quite la tartamudez y otro que tiene una depresión, en relación a resultados ¿hay alguna manera que consideres que ha ido cambiando tu modo de esperar un **cambio** en los pacientes?

JM: yo, quizá porque aunque de esta manera tan heterodoxa, pero creo debí tener la suerte de que mi supervisor, mi analista, mis primeros maestros, lo que guardo de todos ellos, yo creo que aprendí muy bien, no muchos conceptos, pero si lo que debería, el espíritu realmente del psicoanálisis, la pasión por el psicoanálisis. Y luego por otro lado, quizá una visión muy realista, es decir, y que además me ha funcionado siempre muy bien desde el principio, para mí siempre

ha sido muy sencillo un poco... yo caracterizaría la actitud esa de escuchar y sostener la demanda del paciente sin responderla directamente, siempre entenderla y valorar ese síntoma por el cual alguien viene, qué papel está cumpliendo en su vida y si le puede trastornar mucho a corto plazo su vivencia, y entonces no puedes tomar esa actitud clásica de... "Ah, ah yo me olvido del síntoma", pero claro si es viajante de comercio y no puede subirse en un avión, pues a corto plazo necesita que disminuya su síntoma, porque podría perder su empleo, entonces podría perder su pareja y entonces su vida se va a hacer puñetas, y no puede tirarse y decir "sí nos vamos a olvidar del síntoma" y decir ya se solucionará. Es decir, el valor que está trayendo el síntoma, hay que estudiar si se ha de hacer un trabajo de tipo focal, más intensivo, algo que provoque una disminución de angustia alrededor del síntoma, para que luego esa persona pueda tolerar el trabajo más a fondo, teniendo en cuenta que quiere hacerlo. A lo mejor se le calma un poco su angustia, su sintomatología, disminuye y no tiene ganas de indagar más. Entonces, cuando eso ocurre pues bueno, cuando una persona se marcha, decide que no quiere continuar en algo, no intentar retenerle y que sepa que esto es un sitio donde viene, resuelve problemas hasta dónde quiere resolverlos y sienta la necesidad en esos momentos, y que lo importante pasa ahí fuera, que se vaya con esa sensación de... bueno, sí por ahí, un poco eso que decía Freud, de que la terapia no se convierta en un refugio ante la vida, sino que es un lugar de entrar y salir, un sitio donde, bueno uno tiene problemas, va allí, apaña las cosas un poco, luego vuelve a la lucha por la vida, si luego recae otra vez, pues bueno vamos a ir, un poco, eso que Winnicott hablaba del espacio intermedio y Manoni, a mí me encantaba, el concepto de institución está, ya que lo importante es entrar y salir de ellas, no tanto lo que pasa dentro o lo que ha pasado fuera, sino ese camino intermedio, esta idea Winicottiana del espacio intermedio donde de verdad pasan las cosas que producen cambios. Bueno mi clínica es un poco de aquella manera, a mí esa es la manera donde entiendo más el campo de la terapia, como algo.... cuando un paciente ha apañado las cosas suficientemente no hago mucho por retenerle. Le doy mi opinión, a lo mejor creo que debería continuar un poco más... bueno lo que me interesa sobre todo, es que se vaya con esa sensación de que esto es un proceso, que es un proceso que por un lado no tiene fin, pero que luego tampoco hay que estar aquí toda la vida, lo importante es que si llego con alguien un tiempo en terapia, pero sin embargo no lleva cambio en su vida, pienso que algo no va a funcionar.

GC: y después de que concluye un tratamiento porque el paciente se va, lo quiere interrumpir, o porque crees que ya fue suficiente tiempo, ¿qué tipo de cambios registras Tu en ti? El tratamiento provoca un cambio subjetivo en el otro, pero también en el analista... ¿de qué tipo?, ¿qué crees lo que a ti te, no sé si enriquece o **cambia tu posición**, o qué pasa?

JM: hay cosas en esto, que parece magia, pero siempre en cada momento te va llegando el paciente que necesitas para seguirte trabajando en aquellas cosas que necesitas, me ha pasado durante muchos años y me sigue ocurriendo, que a veces estoy largo tiempo que no me viene ningún paciente nuevo y es que con alguien terminé por la razón que sea, no se puede continuar o ya se ha llegado al final del tratamiento, e inmediatamente te llega otra persona, y conozco bastantes colegas que les pasa lo mismo. Es una cosa que tiene su puntito inquietante, ¿cómo funciona esto? se te va uno y viene otro, se te van dos y vienen dos, y siempre ha estado la cosa así más o menos. Con el tiempo te vas dando cuenta y vas notando que ese trabajo distinto que fuiste haciendo con cada paciente, cómo te ha ido trabajando a ti diferencialmente, y con el paso del tiempo y la perspectiva, te vas dando cuenta de todo lo que te ha ido transformando... "todo esto que me cambio aquella persona con la que estuve trabajando esas cosas". Yo también, pues de alguna forma soy lo que me ha hecho a retomar análisis en otros momentos, a cambiar de supervisiones, con el tiempo también he ido entendiendo que la **supervisión** tiene más que ver con esos puntos que no han quedado bien trabajados en tu análisis, no tanto con tu mejor o peor manejo de elementos técnicos, sino con esos aspectos no trabajados suficientemente, o que también dices, tus pacientes y tu vida te va transformando y

tú inconsciente se va cambiando, y no eres el mismo, que entonces hay que volver al análisis, yo la verdad he retomado muy frecuentemente, he tenido muy pocos periodos sin estar analizado.

GC: ¿Y siempre con alguien diferente?

JM: No, me he mantenido con la misma persona, cambiar me da una pereza que... a veces me lo he planteado, pero me ha ido bien ahí.

GC: ¿Y el periodo más largo?

JM: el periodo más largo de 15 años continuados. Y me llama más la atención aquella propuesta de la confluencia del análisis y de la supervisión que proponían los húngaros, el análisis didáctico y que el supervisor fuera el mismo, cada vez lo voy entendiendo más, desde esa línea de entender realmente las dificultades con tus pacientes, son las tuyas.

GC: Que el paciente que te llega es lo que necesitas trabajar

JM: Claro, que no se lo tiene que ver con partes insuficientemente analizadas, sino partes que en su momento se analizaron hasta donde se podían analizar, y que tú te vas transformando, tu vida te va transformando y generando otras dificultades, y bueno yo creo que esto tiene que seguir trabajándose siempre, primero por propia salud... luego por la de tus pacientes.

GC: ¿y te ha tocado por ejemplo atender situaciones de emergencia, en las que tuvieses que ir al domicilio de la persona, o que te llamen a las 3 de la mañana por una crisis de ansiedad o una cosa así?

JM: alguna vez pude quejarme de algo de eso, pero la cosa no suele ir más allá de una contención, un apoyo telefónico y refiriéndome a los pacientes que puedo tener aquí en la consulta. Pero cuando empecé a trabajar en el pueblo este de La Mancha, tuve muchísimos brotes y tener que atender a alguien a las 12 de la noche bien... yo no sé si lo recordaré, pero creo que nunca fui a atender a nadie a su casa, tenía la libertad de poder abrir el consultorio a la hora que fuera porque estaba en la planta baja del Ayuntamiento y yo tenía la llave, por lo que si recuerdo atender algún paciente a las 12 de la noche en pleno brote y además hasta con esas cosas de transformaciones físicas, que te dejaba con los pelos de punta y llegaba con los pelos de punta literalmente, con una cara desencajada dando cuarenta mil botes, y venía muy bien que no hubiese nadie, porque así nadie se asustaba, no se asustaba un poco, porque "este como infle, aquí no me ayuda nadie". La verdad, no sé si quizá era por inconsciencia o por negligencia, pero a mí las situaciones límite nunca me han paralizado y nunca he sentido el pánico, siempre hay algo que me hace reaccionar, ahora estaba con ese paciente que estaba con los pelos de punta, desencajado dando unas voces terribles, recuerdo que le di 12 más fuertes que él, se cayó, se paró, nos tiramos allí dos horas y se evitó un ingreso, porque este era un hombre al que estaba en planteándose cirugía. Le he seguido la pista, hoy está casado, tiene su trabajo, sigue siendo un tipo muy particular, muy raro, pero hace más de 20 años que no tiene ningún ingreso psiquiátrico y ha podido tirar con su vida. Y es algo que a veces echo en falta, ese tipo de intervenciones en situaciones muy... es que aquello me gustaba y tenías que romper el encuadre, un paciente que está en la actitud catatónica y en la consulta era imposible atenderle y no decía nada, recuerdo la manera que empezaba a reaccionar, nos íbamos a dar un paseo en el camino del cementerio y allí empezaba a hablar, allí sí que había mucho de tener. Cuando estuve en la sierra, allí sí tenía que ir a domicilios porque no había medios de transporte y a la gente la tenías que ir a atender, había pueblos donde tenías que verle en su casa porque no había otro sitio donde atenderle, porque eran pueblos muy pequeñitos y no había ni consultorio médico, entonces ahora en lo que estoy, no lo hago, solo desde la consulta, si hay pacientes con los que de vez en cuando tienes que hacer una contención telefónica.

GC: ¿te gustaría volver a hacer ese trabajo?

JM: yo no sé si ahora lo podría volver a hacer y si tendría la energía. También es cierto que, cuando hacía aquello en el pueblo tenía respaldo de la médica del pueblo, que es la que me había llevado... esta mujer tenía una formación psicoanalítica y era una persona muy particular.

Ahora ya, desde hace años, se dedica a hacer acupuntura y es una persona, que haga lo que haga, lo va a hacer bien y va a ser una persona que curará haciendo lo que haga, porque tiene un algo especial, pero hacíamos muy buen tándem. Tenía la consulta en casa, normalmente cuando se daban esos brotes, ella es la que acudía a la casa, también hacía un trabajo de choque en primera instancia y luego ya estaba yo. Hacíamos muy buen equipo y cuando estaba en la sierra de Madrid, lo mismo, el trabajo de equipo con las trabajadoras sociales, sólo si tienes un respaldo mínimo de gente con quien puedas hacer distintas estrategias para esos primeros abordajes, el segundo... solo, creo imposible poder hacerlo.

GC: O sea que el **trabajo interdisciplinar** también ha estado

JM: fundamental, cada vez que trabajas con lo duro y con lo social también es muy necesario tener ese respaldo, sino te quedas muy cojo, y luego dices, lo echo de menos... Tampoco sé si ahora tendría la energía, imagino que sí, si surgiese la ocasión, pero también... uno notaba ese desgaste que también produce eso y qué poder hacer con ese desgaste.

GC: ¿te han tocado situaciones a **distancia**, por ejemplo, vía telefónica, Skype o iniciar un tratamiento de instancia?

JM: Skype, no, es algo todavía muy novedoso, iniciarlo no podría, digamos hacer intervenciones de mantenimiento, de apoyo, a nivel telefónico sí.

GC: ¿qué es lo que obstaculiza eso según tu experiencia?, ¿qué es lo que obstaculiza que tú no puedas iniciar un trabajo de instancia si alguien te lo demanda?

JM: El vínculo transferencial. Creo que eso se tiene que producir en persona. Es decir, luego no se me han dado las circunstancias, pero si se diesen con un paciente que por X razones no hubiese más opción que mantener un cierto contacto... pues creo que lo podría hacer y para algo serviría. Creo que queda muy limitado, pero a veces podría ser la única opción, hace poco me lo planteaba un paciente que se ha marchado a vivir a Brasil, luego se ha ido a México y él quería... bueno, pues fue a una zona de México donde pude remitirle a alguien con quien tenía contacto, que podía trabajar bien con él. Con él mantengo algún contacto, cuándo vuelve a España por Navidad o para Semana Santa, solemos tener alguna entrevista y tal... le he convencido que allí se buscara un terapeuta. Ahora con una persona que hubiese opción, no le voy a decir que no, yo es una de las cosas que siempre me he planteado en la consulta... si hay buena transferencia con alguien y si veo que esa persona no va a perder el tiempo conmigo, ni yo con ella, pues una cosa es lo ideal, lo mejor y a veces, pues también puedes quedar en lo único que le puedas dar, pues bueno, pues si eso es la única opción, yo tampoco le cerraría la puerta a nadie. No se me ha dado la circunstancia de trabajar con nadie por Skype, pero si se da en alguna ocasión con alguna persona con la cual ya tenga alguna relación terapéutica transferencial establecida, por mi parte no le diría que no, si no hubiera otra opción, es decir que nunca dejaría un paciente sin ninguna otra opción. Si solo queda esa, aunque sea muy escasa y muy pobre, pero para algo servirá y telefónicamente, pues con muchas personas a veces es imprescindible, personas con nivel de angustia muy altos, prefiero que me haga una llamada de teléfono y tener una pequeña charla hasta la siguiente sesión, antes que acabe en urgencias cayendo sabe Dios en qué manos.

GC: Y por ejemplo el **trabajo docente**, no fue tu campo o si lo fue en la universidad o acá en....

JM: sí, si lo fue, sobre todo la universidad. Desde que empecé a trabajar, no perdí el nexo con la Universidad, siempre hubo algo con algunos de los mejores profesores que de vez en cuando me llamaban para dar alguna clase, a dar alguna charla, que contara lo que estaba haciendo allí, pues recíprocamente algunos profesores les llevaba a dar alguna charla divulgativa, preventiva para algo y tal... y luego pues coincidió, que estando yo todavía allí, en ese primer trabajo, pues primero se creó el Programa de Doctorado en psicoanálisis en la Complutense, luego el máster que ya no existe, de Teoría psicoanalítica y luego el Máster de psicoterapia psicoanalítica...

GC: El doctorado en psicoanálisis en la Complutense, ¿ya no hay?

JM: Fue el primero que hubo, ese ya ha terminado también, pero bueno, fue la base para crear el máster en teoría psicoanalítica y el máster en psicoterapia psicoanalítica, qué es el que sigue existiendo ahora. Luego también un máster que está en Filosofía, de psicoanálisis y teoría de la cultura, que participé bastante al principio, ahora estos últimos años he participado menos porque se nutre de propios profesores de la Universidad, pero a veces cuando me lo ofrecen no lo puedo compatibilizar con esto y con lo otro, y cómo se redujo la idea inicial de más de 2 años a 1, pues ya hace tres o cuatro años que no voy allí a dar alguna clase, pero el de teoría psicoanalítica cuando existía, y el de psicoterapia psicoanalítica que nació hace 21 años, allí estuve desde el principio y sigo estando, y estoy en el equipo docente, y allí seguimos resistiendo.

GC: y ¿**modos de producción**?, ¿has publicado libros?

JM: me costó mucho, me costó mucho empezar escribir y allí me busque el truco, de cuando existía todavía el doctorado porque yo como profesor invitado, no tenía ninguna necesidad de tener el doctorado, porque aquí la única utilidad de tenerlo es ser profesor contratado directamente por la Universidad, pero bueno a mí siempre fue el pretexto que en un momento dado me busqué, porque veía que me costaba muchísimo escribir y entonces, pues hice el doctorado con ese pretexto y entonces la verdad me ayudó a escribir.

GC: el doctorado que había entonces, ¿cuántas generaciones hubo de ese doctorado?

JM: no te puedo decir, no lo sé, ya lo tengo muy olvidado pero... todavía hay personas que están con la tesis pendiente del programa. Yo lo hice rapidito por mi trabajo, podía asistir a muy poco, pero cómo conocí a casi todos los profesores, pues también lo solventé con muy poca presencia y con trabajos en vez de asistir a las clases, pues hablaba con cada uno de ellos y lo solventé con preparar trabajos de investigación y.... Y bueno también tenía bastante clara la línea que quería investigar. Cuándo inicié el trabajo, tenía bastante claro el programa de doctorado de lo que iba a hacer la tesis y era el pretexto para escribir de ello, porque además era algo de lo que no encontraba nada escrito, la espoleta fue descubrir el tema de las clínicas psicoanalíticas de los años del periodo entreguerras y entonces fue creciendo, pues al principio, de eso exclusivamente era que iba a hacer mi tesis, pero encontré que eso no se podía entender sin entender todo el periodo de institucionalización entre los años 20 y 30 del psicoanálisis, era la pieza fundamental, aunque era de lo que nadie escribía. El compromiso social de los años 20 del psicoanálisis y es sobre lo que hice la tesis, tuve un director muy duro, que me dio toda la libertad para investigar y trabajar, nunca entro sobre el trabajo de fondo, pero el más duro que podía encontrarme en lo que respecta a todo el tema formal de la tesis, con lo cual aprendí de la tesis muchísimo. Te lo puedo decir entre nosotros, pero no lo digas por ningún lado, en el colegio tenía enormes problemas, igual que estaba muy bien, tenía un enorme problemas de falta ortografía, de acentuación, y luego he visto que era un síntoma, era incapaz de poner un acento, ahora no se me va ni uno, pero eso lo aprendí escribiendo mi tesis, con mi director de tesis y además amigo Eduardo Chamorro, no me pasaba ni una y me hizo trabajar a fondo toda la estructura formal, escribir algo es decir, como una cosa, que bueno yo escribía, me salía bien de inicio, pero luego trabajaba poco ese escrito, él me hizo trabajarlo a fondo y a partir de ahí, después de escribir la tesis, me fue menos complicado seguir escribiendo y entonces ahora escribo con facilidad. Me falta tiempo porque me surgen muchas ideas, todas en una misma línea troncal.

GC: ¿cuál puedes decir qué es **tu línea troncal**?

JM: La imbricación entre el psicoanálisis y lo social, que entiendo que desde allí es donde el psicoanálisis se consolidó, aunque luego el propio psicoanálisis por razones históricas ha abjurado de toda esa propia parte, que creo que es donde se tiene gran parte de la lucha de escuelas, donde los manifiestos son los debates teóricos, pero detrás de ellos hay otras muchas cosas que tienen que ver con lo social, es decir, como el psicoanálisis es a través de la psicoterapia donde se ha ganado el sitio que le corresponde socialmente, pero como una vez,

cuando eso lo tiene, empieza a olvidarse de ello, empieza a formar sus propias instituciones, a mirarse el ombligo, a vivir unas estructuras narcisistas, y luego ahí empiezan las peleas de cien mil guerras que son el pecado original del psicoanálisis. Ves lo que pasaba en la primera década, sigue ocurriendo, el psicoanálisis puede oler las instituciones de los otros, pero no de la propia, sigue ocurriendo exactamente lo mismo, los mismos procesos.

GC: Y por ejemplo, ¿el papel de la **violencia en tu clínica**? ¿Has atendido situaciones violentas, secuestros, post guerra, violencia de género, violencia sexual, violencias en general?

JM: **violencia sexual sí**, nunca generalmente en caliente o directamente, lo he descubierto como el tema de los abusos sociales, sobre todo cuando estuve trabajando con personas con deficiencia mental, ahí hay más de la que aflora a primera vista, yo te diría que he trabajado mucho el tema de la violencia, pero no en la primera fila, no cuando se ha producido, sino en los restos del trauma, en los efectos del trauma. He tenido que intervenir en alguna situación puntual, pero no ha sido el grueso de.... y luego digamos en una lectura que podría decir más transversal o más antropológica, incluso porque este pueblo de La Mancha donde empecé a trabajar, era un lugar muy particular, era un pueblo que tenía una importancia histórica, era conocido como la pequeña Rusia porque históricamente fue el primer pueblo que tuvo un alcalde comunista en la época de la República. Entonces eso, para mí fue como en este país, la violencia de la guerra civil ha pasado de generación en generación, es algo no hablado, algo no elaborado a nivel de la sociedad española y con unos efectos muy presentes. Obviamente con esa experiencia que viví, porque era un pueblo partido absolutamente en dos, el pueblo de un lado de la carretera y el pueblo del otro, eran dos pueblos distintos... con estaban los comunistas y eso ha seguido así a lo largo de la historia y seguía siendo por tradición, familias que no se hablaban por cosas que habían pasado hace 50 años, pero dónde por otro lado, las estructuras de relación eran totalmente arcaicas, otro sitio donde todavía se hablaba del amo. Era un sitio muy particular, también es cierto que a esta propia lectura ayuda probablemente mi propia historia personal, de la familia que vengo, de familia de perdedores, de un abuelo desaparecido durante la Guerra, del cual todavía no sé nada, de una infancia donde nadie hablaba de ello, pero desde lo personal y también de alguna forma desde niño lo capte eso, yo iba al colegio, estaba la foto de Franco, sabía quién era, estaba el crucifijo, pero luego estaba la foto de un señor que yo no sabía quién era, que era José Antonio y había un vecino que tenía un retrato muy grande en el hall de su puerta, que luego supe que era el jefe de casa de un falangista, que era el encargado de dar cuenta de todo lo que ocurrió en el edificio y eso en los años 60 y con el cual nadie se debía meter, y con el cual mi padre tuvo un problema puntual y le habían dicho “mejor usted cállese, que ese señor es intocable”. Esas cosas que nadie hablaba con claridad, pero de alguna forma te llegaban, que tendría que ver con todo ese inconsciente, mi padre en la vida había hablado de todo lo que paso durante la guerra, de muy niño, se quedó huérfano, pero yo nunca supe de eso, pasó de inconsciente a inconsciente, precisamente por no hablar, nadie hablaba de esas cosas, nadie preguntaba de eso, no se podía preguntar y todo el mundo lo sabía, había cosas que nadie nunca... nunca nadie te decía de niño, de eso no se pregunta, uno sabía que de eso, no se preguntaba, qué del abuelo nunca se preguntaba. Este país ha vivido un pacto tácito en el cual seguimos estando, yo te puedo decir como anécdota, pero de publicaciones, libros, no tengo nada más que el de la tesis porque está como libro electrónico y se descarga de ahí y por eso... pero de artículos, tengo más de 20 publicados, el único artículo que he tenido problemas para publicar, que se me rechazó de dos revistas, es el artículo que... porque casi todo el grueso 90% de los que he publicado son sobre historia del psicoanálisis, el único que publiqué, que directamente tenía que ver sobre historia del psicoanálisis en España, es el único que tuve dificultades para publicar, en un sitio me pusieron todo tipo de trabas formales, las modificabas y seguían habiendo otras, al final de eso, que me aburrieron y probé en otro lado, y dónde además el otro el director de la revista era un buen amigo, le había encantado, pero hubo trabas a la hora de venir la respuesta de un evaluador, que yo nunca llegué a saber quién era, una respuesta virulenta, tremenda. Era un artículo sobre

las Comunidades terapéuticas durante la Guerra Civil Española y parece ser que a alguien le había molestado.

GC: ¿en qué revista se ves publicado?

JM: al final lo publiqué en la revista Intersubjetivo, sobre Tosquelles, el padre de la psiquiatría de un sector en Francia y aquí nadie sabía quién era, que además, era catalán, se exilió, allí entonces me interesó mucho porque además fue a La Mancha, durante la Guerra Civil dirigió un hospital en Almodóvar del Campo, que realmente es un modelo de comunidad terapéutica y a la vez en Albacete, por un médico austriaco cercano a los psicoanalistas alemanes, hubo también otra experiencia con los brigadistas internacionales, curiosamente hice contacto, tuve esas dos experiencias y escribí ese artículo que parece ser que levantaba ampollas, curioso es una cosa que me quedé muy sorprendido, pero fue el único que he tenido dificultades para publicar.

GC: pero volviendo a esta cuestión de trabajo con los efectos de la violencia, que es particularmente la violencia sexual, que también da en ámbitos de discapacidad con mucha frecuencia... ¿ha cambiado tu manera de manejarlo o técnicamente hablando? hablando desde tu posición como analista.

JM: Ya te digo que ha sido de manera indirecta, no tanto en caliente, sino ver los efectos de ello y me lo he encontrado mucho en unos lados y otros. La manera de manejarlo ha cambiado dependiendo, por ejemplo cuando me eso me lo he encontrado en un enfoque que me permitiera al abordaje clínico, yo creo que lo he trabajado exactamente de la misma forma, porque cuando yo trabajaba con consulta clínica en aquel pueblo, yo estaba atendiendo, si se había un paciente que necesitaba tres sesiones semanales, yo le atendía 3 sesiones semanales, aunque llevase 80 pacientes, el caso es que me las apañaba para poderlo dar. Entonces hay una diferencia, la diferencia es cómo podía trabajar entonces a cómo podría trabajar ahora, claro con todo lo que he aprendido y lo mejor terapeuta que puedo ser ahora desde entonces, pero hay mucha diferencia porque cuando me encuentro algo que me huele en esa línea, en el trabajo público que ahora estoy realizando, simplemente estoy para valorar y orientar, ahí no puedo nada más y como mucho puedo tener dos entrevistas con una persona y ya son muchas. Y como desde allí, echar el resto para intentar hacer una cierta derivación, cuando percibes eso, sobre todo casos de clínica borderline, cuando ves aquí hay historia de abuso... canta

GC: Pero ¿algún proceso largo con un paciente de estos?

JM: ahora lo puedo tener aquí, porque en el otro no lo tengo, aquí lo puedo tener y tengo de vez en cuando, siempre con todas las dificultades que suelen tener, porque eso lo veo, sobre todo por mi experiencia, lo veo en pacientes que desarrollan luego un cuadro de tipo de borderline, dónde te encuentras que hay historias de abusos y de violencia expresa, no lo encuentro tanto en cuadros psicóticos y neuróticos.

GC: ¿te han llegado con ese motivo de consulta o es algo que ha salido de modo entreverado?

JM: no, nunca me han llegado por eso, me ha llegado por algún motivo y son gente que te suele llegar con algunos desajustes importantes de comportamiento, que han tenido problemas por todos los lados o con adiciones, pero nunca expresamente por ello.

GC: Y al final de esos tratamientos, sobre todo este tipo de abusos y de experiencia con la agresión sexual, ¿algún tipo de resultado que ellos estén esperando o que tú digas, esto es lo que se puede lograr con este tipo de pacientes, o algunos efectos esperados?

JM: normalmente la mayoría de casos que he encontrado ahí en todo este tipo de historias, solían haber ocurrido en épocas bastante tempranas y todo eso estaba muy sepultado. Hay gente que ha podido llegar a recuperarse de eso de la represión y poder recordar, y otros que ni siquiera porque el tener que trabajar desde una estrategia más de construcción, que porque hay cosas que no pueden, hay elementos escindidos que son irrecuperables. Pero sí, cuando de una forma u otra, aquello puede ser incorporado a la persona, pues generalmente es cuando han empezado a aparecer los desajustes importantes en sus vidas, bien sean por vías de adicción,

promiscuidad o te metes en problemas continuamente, desajustes de personalidad graves o gente que logra poder empezar a estabilizarse y llevar un mínimo de estabilidad en su vida, mantener ciertas relaciones, mantener empleos, porque claro, si no es caótico. La clínica border es la peor clínica, porque al menos, con el psicótico, de una forma u otra, se le contiene y se le para, pero el otro, no, nadie le para, el mismo no se para. A un border nadie es capaz de contenerle, porque el psicótico, o se le contienen químicamente por los fármacos o si no, hay una buena red de contención social, en las ciudades es más difícil, pero eso lo he oído sobre todo en los pueblos donde hay mucho psicótico que hasta pueden estar sin medicación y bien contenido socialmente, tiene su lugar en el mundo, pero en esos trastornos graves de personalidad no, se van destrozando la vida, manteniendo unos problemas y destrozando solo a quién hay alrededor, claro.

GC: Pero ¿no crees que eso de alguna manera, en los criterios institucionales respecto a los manuales de psicopatología, que están normando algunas conductas, que están encasillando a los tipos de personas en sus comportamientos, impiden de alguna manera esta cuestión?

JM: sí, sí, sí, lo bloquean, lo bloquean, porque en lugar de tratarlos, los cronifican. Aparte la práctica que hay hoy en día, es decir... yo quizá por esa experiencia desde el principio, o era muy negligente o desde el principio tenía buenos supervisores, nunca me he asustado mucho por los brotes, también he entendido que un brote es una situación que se puede movilizar, ir donde esa persona puede tocar fondo y desde ahí se puede... que siempre prefiero eso, que personas que están cronificadas permanentemente, que no generan mucho problema, pero ahí están con ese aplatanamiento, y no era una época de tanta medicación como ahora, porque ahora estamos cada vez más duros en ese sentido... pero los manuales y estos ya se confunden, no saben discriminar lo que es una estructura psicótica de síntomas, es decir, de una persona, en un momento dado, tiene una descompensación, cuadros que no son esquizofrenias, ni paranoias, que no dejan de ser histeria un poco límites, pero con la contención adecuada se pueden llevar perfectamente, y en cambio son diagnosticadas con cuadros psicóticos medicados y cronificadas, porque no saben distinguir. Cuando empecé a trabajar envidiaba mucho de los psiquiatras la capacidad de diagnóstico, no de tratamiento, pero sí de diagnóstico, es decir, qué bien sabían hacer el diagnóstico diferencial, distinguir los grandes cuadros, les tenía mucha envidia porque había visto muy pocas y psicopatología, pero es que ahora.... con los DSM es imposible hacer un buen diagnóstico, se puede confundir un cuadro paranoico con una depresión y siguiendo eso al pie de la letra, no saben distinguir una cosa de otra, de cuando estás con unos síntomas psicóticos, a cuando hay un cuadro psicótico, que cualquier neurótico en un momento dado puede tener alucinaciones y eso no es que sea un psicótico, pero no se sabe distinguir ya eso, entonces es catastrófico. Esto se debe al desmantelamiento de la Asistencia Pública en salud mental, por un lado el mito de los fármacos de tercera generación y el fracaso que no reconocen, una caída de toda la sectorización y a un fracaso de la reforma psiquiátrica que se hizo en este país. Algo de eso sí dije en ese artículo que era el punto de partida... quizá se hicieron las cosas muy a medias y “de aquellos polvos, estos lodos”, y luego aquella reforma que se hizo fue barrida muy fácil. Con el retorno de todo el neoconservadurismo desde los años 90, aquello fue barrido muy fácilmente, demasiado fácilmente. Es penoso, hemos vuelto una situación peor que en los años 80, porque yo veo la dedicación ahora, y es abusiva y brutal, se está medicando a los niños desde los 4 años, eso antes no existía entonces, ahora es masivo.

GC: ¿crees que tiene algún **futuro el psicoanálisis** dentro de las instituciones?

JM: yo creo que sí tiene futuro... pero vamos, siempre complicado, como siempre. Siempre el lugar del psicoanálisis es un lugar al margen, no puede ser perfectamente integrado porque deja de ser psicoanálisis y se convierte en ideología psicoanalítica. Eso lo he vivido yo en el trabajo, en la estructura de salud mental, pero lo he vivido mucho con muchos compañeros psiquiatras, psicólogos e incluso psicoanalistas, hacían un análisis maravilloso, teórico de un caso y tal, pero

luego el tratamiento, no tenía que ver nada con todo eso, entonces entiendo que hacían ideología psicoanalítica. El psicoanálisis siempre estará en ese lugar, siempre será un lugar de denuncia del síntoma institucional, entonces aceptado nunca va a ser, pero depende de los psicoanalistas, para que estén ocupando el lugar que tienen que ocupar, que no es el lugar del saber, ni del poder, sino el lugar del cuestionamiento, de la denuncia, de dar la voz al síntoma y eso va a ser siempre molesto, pero es que entiendo que es el papel del psicoanálisis a nivel social.

GC: y por ejemplo a nivel de psicoanalistas en general... que muchos están muy atrincherados en propio su consultorio sin trabajar esta dimensión en lo social

JM: y atendiendo claro, a determinado tipo de clínica y a determinado tipo de estrato social, que es al que pueden acudir a un analista de ese tipo. El gran problema del psicoanálisis es el elitismo, es un tratamiento caro, y ¿por qué es caro?, porque la no evolución de la técnica psicoanalítica....

GC: ¿En qué sentido tendría que evolucionar para integrar más esta **dimensión de lo social**?

JM: eso ya lo contó Freud en el año 18. Es decir, si queremos que el psicoanálisis abarque a otras patologías más allá de la neurosis y si queremos que además abarque, el resto de clases sociales, no solo las clases pudientes, tenemos que hacer clínicas bien sostenidas desde los poderes públicos o desde nuestras instituciones, dónde se haga ese psicoanálisis gratuito o al alcance, o de bajo coste. Técnicamente lo que plantea Freud en aquellos momentos, hay que modificar la técnica, en aquellos momentos claro no existía, pero ahora tenemos las técnicas de grupo que permiten que por bajo costo pudiésemos tratar a un volumen muy muy grande de pacientes y poder sobrevivir en nuestra práctica. No hay otra alternativa, y en lo publicó entiendo que igual, hay un bloqueamiento de los servicios de salud pública y sin embargo nadie está trabajando desde grupo, dónde dices yo tuve que aprender desde la práctica cuando empecé a trabajar y tenía un volumen enorme de pacientes, no daba abasto, entonces tengo que hacer grupos, porque no puedo trabajar con todos y descubres que con un grupo, perfecto, una sesión de grupo semanal, puedes hacer un trabajo terapéutico bastante serio y claro, en una hora y media estás tratando a 8, 10, 12 personas.

GC: y ¿tu hiciste este paso, este cambio de atender a varias personas a nivel individual y después proponerles a nivel grupal y que continuasen todas?

JM: claro, y en las distintas fórmulas, igual que hay personas que puedes llevar en tratamientos exclusivamente grupal, personas que a nivel individual pueden tener un complemento interesante con que simultaneé, simultaneando o que trabajen a trabajo grupal, yo creo que son distintos trabajos técnicos y diseñar una estrategia buena en ese momento, pero es que ahora se trabaja muy poco en grupo.

GC: ¿qué tipos de efectos has notado del paso individual o grupal en un sujeto, en una persona que traía una sintomatología y que a lo mejor se desatoró o se complicó?

JM: solo le he podido hacer desde el ámbito público, cuando estaba en el trabajo del pueblo con trabajos de discapacidad y los resultados siempre fueron muy buenos, muy buenos. Hasta otras cosas así distintas, trabajar con los enfermos y con sus familias. Cómo lógicamente las personas con deficiencia mental, son personas donde su principal problema es la dependencia que tienen, en que ni sus familias ni los profesionales les permiten crecer y les mantienen una supuesta infancia maravillosa y artificial permanente –que es toda una gran mentira claro–, pero ahí por ejemplo, tuve una experiencia de trabajo paralelo, cuando estaba trabajando en grupo con ellos, también hacia grupos de apoyo, de discusión con sus familiares y el paralelismo con lo que iba pasando en unos grupos y otros, era una cosa que no fallaba, ante lo cual no tengo una explicación teórica convincente, pero pasar, pasaba. Y los grupos que no tenían ese otro grupo paralelo de sus familiares, tenían un funcionamiento totalmente distinto. A mí esa combinación es en todas las formas posibles, de simultanear, de utilizarlas en distintos

momentos como estrategia terapéutica distinta, cuando la he podido hacer en el ámbito público, donde tenía la flexibilidad y el sostén para poderlo realizar, a nivel de resultados terapéuticos me ha dado muy buenos resultados, muy buenos, muy buenos. En lo privado no he podido hacerlo, no he tenido los medios para para ello, la consulta privada ha sido siempre digamos como mucho un 20% de mi actividad laboral, nunca le he dedicado mucho tiempo, ahora le estoy dedicando más.

GC: qué rica experiencia, esta **conjunción de lo social con lo psicoanalítico**, es una dimensión que a muchos analistas se les escapa y que a veces están...

JM: y que creo que por eso, yo mi campo de la elección de la historia... cogiendo una máxima que decía Ferenczi, que todo psicoanalista reproduce en su propia formación, lo que ha sido la historia de todo movimiento psicoanalítico, aunque no lo sepa, que está repitiendo esa misma historia, aplicando un poco aquello de la ley de Huckel, la ontogénesis la aplicaba y que creo que se produce así, de esa manera inconsciente, con lo cual al no ser consciente de ello, estamos condenados a repetirlo y que estamos repitiendo las mismas cosas y detrás de ello está, de lo que no se puede hablar y de lo que no se puede hablar, al final es de la política, en el sentido global social y en el sentido de la política psicoanalítica dentro del propio psicoanálisis. Las luchas de poder camufladas bajo lucha de escuelas y que hace que unos no se entiendan con otros, pero que en realidad de lo que están discutiendo es de otras cosas y creo que, sin desenmascarar esa dimensión, lo otro queda en debates bizantinos que no tiene nunca solución, porque claro, como maneje la transferencia un lacaniano, un kleniano, aparentemente es irresoluble, a lo mejor tendríamos que estudiar qué cosas había alrededor de lo que hicieron unos y otros, para que fueran trabajando una cosa de una manera u otra, porque Klein no puede trabajar en la Alemania de los 20, sin embargo, fascina a los ingleses de la clase media alta de Bloomsbury allí, cuándo empieza a eliminar toda la realidad en su análisis, es fantasía inconsciente, lo cual no quita que Klein tuviera más razón o menos, que además me parece que la genialidad de Klein es innegable, otra cosa es la utilización de esos conceptos.

GC: y en un contexto social específico

JM: Claro... lo que pasa es que cuando los hijos de Klein llegan a su casa cuando habían sido apedreados por las calles de Berlín por ser judíos, ella empieza analizarles su envidia. Es mentira... no. Sí seguramente era correcto, pero por otro lado, está olvidando lo que estaba ocurriendo y cómo saber si ese proceso psicoanalítico estaba utilizado ideológicamente para enmascarar una realidad... cuando las realidades son duras... Bueno no podemos vivir en el mundo de la fantasía, es que a veces la realidad invade de tal manera, un poco ahí las líneas de la pregunta, es que me hacías tú cuándo trabajas con clínica de la violencia, la clínica del abuso y dices sí, sí está muy bien, pero es que hay algo de un impacto real tan brutal, que no podemos leerlo solo desde la fantasía inconsciente, de esa lectura que todavía dicen los psicoanalistas, "cuando Freud abandona la teoría del trauma", no, nunca Freud abandona la teoría del trauma, nunca puedo saber cuándo fue real o solo una fantasía, y me da igual, pero yo no voy a poder, es decir, no puedo llegar a saber cuándo realmente ocurrió, cuando lo que me cuenta mi neurótica fue real o solo ocurrió en su fantasía para hacer su construcción edípica, pues lo mismo si podemos saber cuándo fue real o no, porque los efectos clínicos son muy distintos, cuando solo ocurrió en la fantasía estamos ante un maravilloso neurótico, y cuando aquello no solo fue en la fantasía, estamos ante otras cosas, como psicosis... O los trastornos... cuando los mecanismos de escisión han entrado masivamente y entonces claro, si aquellas personas estamos trabajando con las técnicas clásicas psicoanalíticas, está reproduciendo el trauma, con el mismo efecto, re-traumatizando, entonces la gran pugna entre los dos, con el texto de Ferenczi con el año 32, de *Confusión de lengua*, más allá de lo teórico, tiene una explicación técnica, no se puede trabajar igual con unos pacientes que con otros. Con un paciente que haya sufrido un trauma, ese silencio de su analista lo vive como una negación, como nuevamente ese adulto que cuando sufrió un trauma, no le quiso escuchar, esa madre que no quiso darse cuenta

que ese papá o ese tío estaba abusando de la nena, o ese analista que no cree lo que le dice su paciente, o lo remite a su fantasía, sabe distinguir esos signos que puede haber, que pueden decir que aquí hay algo más que una fantasía, porque ahí los estragos, los rastros que eso ha dejado y no podemos esperar a que haya nunca un recuerdo en ese tipo de pacientes, eso no puede ser recordado generalmente nunca, ocurrió muy pronto.

GC: bueno, hay pacientes que recuerdan bastante

JM: Los que llegan a recordar, maravilloso.... pero otros no van a poder recordar nunca y que tienen que construir una novela que dé cuenta de eso, qué pasa para que ese agujero no de tanto miedo y eso habla de técnica, de metodologías distintas de acuerdo a cada caso. Es sobre eso que hablo en el Máster donde llevo dando clase desde hace años sobre la historia de la psicoterapia, grupos instituciones y deficiencias, que son los campos en los que yo he trabajado. También paralelamente he llevado, no siempre, pero durante muchos años un seminario de análisis de textos históricos, que en realidad es un seminario de la revolución de la técnica psicoanalítica, cómo la técnica fue cambiando en función a la clínica con la que se enfrentaban. Es que los pacientes de ahora son muy distintos de los que había antes, eso es mentira. Yo veo parálisis histéricas, veo cegueras histéricas, pero eso no llega a ningún consultorio de salud mental de ningún psicoanalista, se para y se medica en la atención primaria, o está convertido en fibromialgias, o pasando como 20 veces por cirugía, personas que habían pasado les han cortado algo, ofrecen su cuerpo a los cirujanos... claro que hay ahí sigue habiendo.

GC: sigue habiendo síntomas de los de antes, pero también hay nuevos

JM: Claro... bueno, yo discutiría lo de nuevos, algo realmente nuevo, realmente nuevo...

GC: o más comunes en esta época, porque no abundan estás parálisis, son menos, y si hay otros que aumentan este tipo de síntomas.

JM: yo creo que la clínica que tiene que ver con la patología narcisista, está aumentando y la clínica neurótica está disminuyendo, porque en el mundo en que vivimos cada vez es más difícil ser neurótico como Dios manda, formar una buena neurosis con un buen síntoma claro, pero son efectos de lo social... de la construcción de la identidad que hay hoy y de la que podía haber hace... pero bueno por otro lado, Lacan aquello de la declinación de la función paterna lo dijo en el año 58 creo, o sea que ya entonces ocurría aquello de que la función paterna estaba empezando a desaparecer y por tanto, la construcción de una identidad es mucho más compleja. Entonces haber como formas, una buena neurosis sin un padre como Dios manda, qué es lo que ocurre ahora en la clínica infantil... todos los niños ahora tienen TDH... que ahora nadie le pone un límite a ningún niño, porque se van a frustrar... no le ponemos ningún límite, pero luego le vamos a medicar. Cuando ves lo que les dan y luego claro, empiezan a aparecer en la adolescencia trastornos de personalidad, qué dices que hasta qué punto tienen que ver con eso, pero también inducidos medicamente con las anfetaminas que les dan desde los 4 años porque es desde los cuatro que están inflados de anfetaminas.

GC: Terrible... Pues bueno, se nos ha ido el tiempo... muchísimas gracias

JM: Bueno Gabriela, espero que esto te haya servido.

Julio de 2017

Entrevista 5:

GC: Muchas gracias por recibirme. Con toda libertad respecto de esos temas, me gustaría que pudiera compartir como los va enlazando, si tiene alguna pregunta sobre los temas que le he enviado también podemos irlo aclarando poco a poco.

AV: Bueno, me pregunta inicialmente sobre mi **formación**, como inicié mi ejercicio, cual es un poco el posicionamiento teórico, de escuela. El tema de la formación, el primer contacto con el psicoanálisis es indirecto, leyendo a la Escuela de Frankfurt estamos en 1968, 1970, me empiezo a interesar por estos temas, yo estaba en Francia ingresado en la Universidad y empezaba un poco a estar abierto a una gama de conocimientos nuevos o de cuestionamientos sobre el ser humano y esas son mis primeras lecturas cuando empiezo a leer a Marcuse, empiezo a leer a Freud, empiezo a leer a Fromm también, que en esa época se divulgaba especialmente, nosotros en esa época estábamos bajo la dictadura y todo el conocimiento que provenía de estos enfoques era un cuestionamiento de las posiciones ideológicas y de los planteamientos que en general se daban a los temas. Es a partir de 1974, cuando yo termino los estudios de psicología, yo terminé la escuela de psicología en 1973 cuando coincide que viene una oleada de psicoanalistas argentinos que escapan de la dictadura militar y de la represión de Buenos Aires fundamentalmente y yo tengo contacto en Madrid con un grupo de lo que podría ser la izquierda Freudiana y a su vez pues tomo contacto con Antonio Caparrós que venía de México, Cuba y Argentina, Emilio Rodríguez, Eduardo Pavlovsky, Hernán Keselman y quien estaba aquí un poco acogiendo y diseminando ese pensamiento era Nicolás Caparrós. Es ahí donde yo empiezo ya de una manera más continuada mi formación psicoterapéutica y psicoanalítica y que se enmarca un poco en esa posición, que serían los posicionamientos críticos hacia el psicoanálisis clásico, por su dudosa o por lo menos cuestionable implicación social que viene hecha desde personas que son, o miembros de las instituciones psicoanalíticas, o disidentes de las instituciones psicoanalíticas, yo de alguna manera empiezo ahí, con una fuertísima influencia de lo que sería el pensamiento grupal, la psicoterapia de grupo de base psicoanalítica, Marie Langer, León Felipe, etc., desde ese momento del 74 hasta pues prácticamente el año 90, durante 16 años, yo voy mezclando pues una práctica clínica en la que no establecemos una diferenciación –como luego quizás viene de los enfoques clásicos o de otras posiciones teóricamente más radicales–, entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica porque la concepción que usamos es que es el trabajo clínico con el paciente que puede tener la vertiente psicoterapéutica o implicar una reflexión psicoanalítica más profunda.

GC: ¿qué diferencia nos podría decir sobre este trabajo psicoterapéutico y la práctica psicoanalítica?

AV: Bueno realmente, lo que yo estoy planteando es que no veo ninguna diferencia real. Clásicamente se ha solido situar este tema, en que el enfoque psicoterapéutico busca la ayuda clínica al paciente en sus dificultades para enfrentar sus problemáticas y sus síntomas o la vida diaria y que la interrogación psicoanalítica tendría que ver más con el conocimiento del sujeto y de su trayectoria, el conocimiento de uno mismo. Yo he entendido siempre que estas dos cosas están íntimamente entrelazadas y que trabajando psicoterapéuticamente se movilizan procesos que conducen a la reflexión analítica y viceversa, que en la reflexión analítica se producen movilizaciones que tienen implicaciones a nivel de los síntomas, y del funcionamiento humano en general

GC: ¿y con respecto al psicoanálisis?

AV: Yo no veo la diferencia. La psicoterapia, en sentido amplio, tiene diferentes maneras de enfocarse y diferentes aportaciones, es muy amplia, pero yo no veo ninguna diferencia teórica de fondo, ni tampoco técnica entre la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis, no veo la diferencia. Ese énfasis se lo han puesto posiciones muy clásicas, bien kleinianas o neofreudianas dentro del psicoanálisis, pero no responde a la mayoría de las corrientes psicoanalíticas

contemporáneas, es decir que en ese sentido, el psicoanálisis relacional al que me siento vinculado hace un par de décadas, la psicología del self, psicoanalítica contemporánea, la teoría de la intersubjetividad, incluso los neokelvinianos en fin...

GC: ¿me puede decir a grandes rasgos cómo es?

AV: en general en todos estos posicionamientos la diferencia entre la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis es un puro artificio teórico, así es, no lo entendemos como diferente, es decir, una persona demanda ayuda por la razón que sea, porque tenga una reflexión más elaborada sobre sí mismo o tenga un malestar, el que sea, y en el trabajo con ese paciente se movilizan procesos que implican, tanto objetivos que clásicamente serían considerados terapéuticos o de cura, como movilización de procesos que le permiten un más profundo autoconocimiento y un desarrollo de su subjetividad.

GC: ¿por qué entonces el cambio?, ¿por qué el cambio de nombre de psicoanálisis a psicoterapia psicoanalítica?, hubo alguna diferencia o algún rompimiento con alguna posición teórica específica o algo que hizo que le cambiaran el nombre.

AV: esta es una cuestión histórica. En parte esto es una polémica heredada que viene de muy atrás, cuando se configura el psicoanálisis con Freud a finales del siglo XIX y principios del XX hay un especial énfasis en diferenciar lo que es el planteamiento psicoanalítico de lo que sería la sugestión, la hipnosis y otro tipo de procedimientos. Y está el famoso trabajo de Freud sobre Psicoterapia en el que habla de la distinción entre el oro puro del psicoanálisis y el cobre de la sugestión, que seguramente usted conoce. Entonces a partir de ahí, más por el propio Freud, en sus escritos técnicos va tomando diferentes posiciones y sobre todo en su práctica, la práctica está reflejada en numerosos testimonios de las personas que se analizaron con Freud. La manera de conducirse de Freud en los tratamientos que llevaba a cabo era una mezcla de lo que sería después descrita como posiciones psicoterapéuticas o un trabajo bajo un encuadre analítico convencional. Es la institución psicoanalítica oficial, la IPA, sobretodo de Inglaterra a partir de Ernst Jones y luego las versiones más rígidas de esos posicionamientos que han tenido lugar en muchos desarrollos en el grupo de Melanie Klein, en el grupo de Ana Freud, en la escuela psicoanalítica norteamericana que se conoce más como psicología del yo, se plantean digamos una serie de cañones sobre cómo debe ser el análisis que sobretodo confluye un poco más tarde en un modelo de análisis que implica una elevada frecuencia de sesiones y una ausencia nominal, que no de hecho de objetivos terapéuticos que no se corresponde con la clínica que poco a poco se va desarrollando en la mayor parte de los ámbitos clínicos porque realmente el análisis a 4 sesiones o a 5 sesiones, es algo que exclusivamente lo han hecho en un 95% de los casos, solo los candidatos a psicoanalistas, los pacientes que buscan ayuda no han hecho ese tipo de encuadres, salvo quizás en determinado momento histórico en los años 40, en los años 50 y en determinados grupos de élite social que se han podido aceptar estos requerimientos. La práctica clínica ha sido una práctica clínica muy diversificada y en la que se hacía indistintamente una forma de práctica u otra. Creo que esto es una falsa polémica que tiene más que ver con el interés de determinadas escuelas psicoanalíticas por mantener una supuesta adhesión a la ortodoxia. Le estaba hablando hace un momento de mi formación y de mi práctica en la segunda mitad de los años 70 en España, hay un pequeño grupo de psicoanalistas en Barcelona y un pequeño grupo de psicoanalistas en Madrid, la mayor parte formados en Londres o en Suiza que desarrollan análisis clásico en el sentido de seguir los cánones de encuadre del prototipo de análisis convencional, el resto de la práctica clínica poca o mucha que en ese momento se hacía, era una práctica clínica guiada por la posibilidad, es decir, las personas que necesitaban ayuda clínica y que eran atendidas por personas con una formación o con una concepción psicoanalítica, no seguían tratamientos de 4 o 5 sesiones por semana o de 5, que en esa época eran 5 o hasta 6 sino que seguían tratamientos de una o dos veces por semana si era posible, y no por eso eran peores tratamientos, ni eran tratamientos de menor calidad, ni se buscaban objetivos o se trabajaba de una manera diferente, se trabajaba

con las premisas de concepción de ser humano y de entender la subjetividad que son la esencia de lo que sería el planteamiento del tratamiento psicoanalítico.

GC: que diferencia entre la escuela inglesa, la escuela del yo y el psicoanálisis relacional que usted plantea

AV: bueno pertenecen, ni hoy existe como tal la escuela inglesa, ni tampoco existe como tal la escuela de la psicología del yo, el **psicoanálisis relacional** empieza a nombrarse de esta manera a partir de los años 80 o principios de los 90, de esta manera pertenecen a movimientos históricos distintos, es decir, el panorama actual tendría que ver con los herederos de las diferentes tradiciones. Hay neo kleinianos, por supuesto, hay lacanianos o neo freudianos, hay psicólogos del self, hay una cierta tradición que podría ser la psicología del yo contemporánea que sería una resultante de la psicología del yo clásica con los planteamientos anafreudianos, pero con un menor impacto, y luego obtendríamos las escuelas emergentes que sería la psicología relacional, la psicología del self contemporánea post-kohutiana y la teoría de los sistemas intersubjetivos. Entonces como se han diseminado y qué presencia relativa tienen, depende mucho ya de que como se han ido recabando las diferentes tradiciones en las diferentes zonas geográficas.

GC: Entonces se puede decir que el psicoanálisis relacional recibe de diferentes corrientes, de Klein, de Ana Freud, de Lacan.

AV: No, el psicoanálisis relacional para empezar no es una corriente definida y claramente delimitada, es más bien una perspectiva en la que convergen diferentes influencias. En el psicoanálisis relacional, lo que se llama actualmente psicoanálisis relacional y lo puede ver en numerosos autores hay digamos las tres principales fuentes, los planteamientos neo kleinianos y winicotianos que se desarrollan en América, la psicología del self contemporánea post kohutiana y la teoría de los sistemas intersubjetivos, pero a estos se unen los jungianos contemporáneos, incluso enfoque sobre el cuerpo que son psicoanalíticos pero lo implican. Por supuesto, aunque es una tradición independiente, porque la psicoterapia psicoanalítica de grupo que viene de la línea de Pichon Riviere, es bastante convergente con esta perspectiva, no tanto la del grupo de análisis inglés u otras perspectivas que quedan un poco en la periferia, dialogando o inter mezclándose con la perspectiva psicodramática que tiene una fuerte implicación psicoanalítica y otros planteamientos. Entonces, claro, yo le estoy hablando de una trayectoria que entre la formación y la práctica se inicia hacia el año 73, 74 y estamos hablando cuarenta y tantos años después, sin embargo a lo largo de cuarenta y tantos años, mi posición ha ido evolucionando, en un principio estaba en esa posición grupalista y de lo que podíamos llamar los planteamientos de la izquierda freudiana en parte convergente de la crítica al pensamiento psicoanalista convencional que viene de la escuela der Frankfurt y por otra parte del punto de vista de los discípulos de Pichon Riviere, más o menos hacia finales de los 80 empiezo a interesarme profundamente por la obra de Winnicott y también por la obra de Ferenczi que en ese momento empieza a republicarse y a tener de nuevo una presencia significativa, y a partir de mediados de los 90 en adelante estoy más conexo a los planteamientos que hoy en día se conocen como psicoanálisis relacional, sobre esto pues tiene una extensa literatura que si no la conoce luego le daré algunas referencias para que la pueda conocer. Y ahí sigo es decir que, más o menos, el pensamiento nunca se detiene, pero desde finales de los 90 hasta ahora, mis puntos de vista no han cambiado demasiado. Es decir que me he ido abriendo a la lectura de muy diferentes autores, pero en cualquier caso, mi punto de vista para concebir la clínica es más o menos el mismo.

GC: ¿alguna interacción con la teoría lacaniana?

AV: Poca, yo asistí a seminarios dictados por personas con influencia importante del punto de vista lacaniano, que venían de Francia, cercanos a François Dolto, a Jean Aluch y a otros autores, a Joel Dor, etc. Me interesé durante un tiempo por esos planteamientos y después los desestimé, me parece que quedan muy lejos de... Aunque desde un punto de vista

epistemológico la posición de Lacan sobre el origen de la subjetividad queda curiosamente cercana a los planteamientos de la teoría de la subjetividad, pero la manera de abordar la clínica es diferente. Es decir que, en ese sentido nosotros abordamos la clínica como un espacio de relación y de co-construcción con el paciente de una experiencia en la que nos sentimos partícipes y el punto de vista lacaniano establece una diferenciación y una distancia que nosotros no compartimos en absoluto.

GC: ¿que nos puede decir sobre los **nuevos síntomas** de nuestra época?

AV: y ¿cuáles son los nuevos síntomas, según usted?, porque llevamos hablando de las nuevas patologías como treinta años y es que ya no son nuevas.

GC: no son los nuevos síntomas, me refiero a las patologías que se dan incluso dentro de las mismas estructuras clínicas, neurosis, psicosis, de histeria, de obsesión, que no son los mismos síntomas que se derivan de ellas desde las épocas de Freud, de la época de los primeros post freudianos a como se manifiestan ahora, y también estas nuevas patologías que, aunque no son tan nuevas, ¿cómo los abordaría el psicoanálisis relacional cuando trata la anorexia, la bulimia, a ludopatía, las formas de violencia...?

AV: Bueno cada situación que cristaliza o atenaza el funcionamiento de la persona en un momento determinado, en última instancia, el síntoma como tal, no es tan importante, es decir, obviamente una persona que atraviesa una crisis anoréxica prolongada o que está atrapada por una ludopatía, tiene un problema serio para la gestión de su vida y tiene que, en unos casos está amenazada la supervivencia, en otros casos está amenazada su propia subsistencia o la de los que le rodean, entonces en ese sentido las estrategias, es decir, más que la comprensión del proceso, que puede tener muchas dimensiones, pues quizás hay que hacer un abordaje multidisciplinar y de multienfoque en cualquiera de estos planteamientos. Una de las cuestiones que es importante es que la clínica no es una especie de templo sagrado en el que predomina la comprensión, sino quizás lo más importante, es que la persona devenga agente de su propio cambio, y en esto creo que lo que plantea el psicoanálisis relacional es una potenciación de esas posibilidades de agencia a través de la implicación del profesional en la problemática que el paciente vive. Entonces no es tanto una lectura de los síntomas sino de las condiciones, muchas de las cosas que usted ha planteado, las adicciones, las ludopatías o las anorexias requieren diferentes abordajes y a veces recursos institucionales que no implican solo el marco de comprensión o de acción de un profesional, es decir que hay que hacer diferentes cosas y hay que hacerlas todas. En ese sentido creo la omnipotencia del clínico se relativiza mucho y pasamos a un escenario en el que hay que hacer lo posible para devolver a la persona el sentido de agencia, para compartir la experiencia que la persona vive y para, desde esa capacidad de conexión, que en definitiva la conexión que el clínico establece con el paciente es fundamentalmente emocional, empática, no es una comprensión intelectual, la capacidad que el clínico tenga para usar sus teorías o para metabolizar las experiencias y crear pensamiento, no es algo que sea aprovechable por la persona, la persona tiene que construir su propia comprensión, su propio pensamiento, es decir por ejemplo, desde nuestro punto de vista, la interpretación convencional de la que se habla en el psicoanálisis clínico pasa a un segundo o un tercer plano, es decir en todo caso es algo que puede ser compartido o hallado a posteriori de, la persona no cambia porque le interpretemos el sentido de sus síntomas, cambia en la medida en que se apropia de ese sentido en su experiencia y ahí sí que tenemos un papel, por lo menos una posibilidad.

GC: ¿cómo podría describir la **posición del analista** desde el psicoanálisis relacional?

AV: para empezar es una posición, sin renunciar a la simetría de responsabilidad ética que tiene el clínico, el clínico siempre tiene como eje principal el cuidado del otro y la capacidad de estar pendiente de ese otro que sufre, que es lo que necesita, no necesariamente para proveérselo, pero sí para reconocérselo y validarlo, dentro de esa simetría ética es una posición igualitaria, es decir, no hay diferenciación jerárquica, las experiencias que se viven en el entorno de la consulta se

abordan desde un paradigma de mutualidad, el clínico influencia al paciente y el paciente influencia al clínico, ese eco bidireccional es la esencia de la conexión y del trabajo. Entonces es una posición que no tiene que ver con la simetría del saber ni en el conocimiento, ni de una posición ética en la que se priorice digamos el relegar el reconocimiento del deseo del otro, la persona necesita validación intersubjetiva y esto lo vemos especialmente en las infinitas situaciones que nos traen los pacientes que portan experiencias traumáticas, la persona que porta una experiencia traumática bien sea de impacto acumulativo a lo largo de su vida, muchas veces traumas cuyo sentido y alcance esta disociado, la persona no tiene un fácil contacto con ello, a veces ninguno, requiere de que esa situación pueda encontrar un espacio de reconocimiento, ese reconocimiento solo se puede dar sobre desde la conexión emocional, sobre la conexión emocional se puede construir pensamiento, porque muchas veces lo traumático significa que no se ha podido pensar, poner palabras y significar las experiencias que se han vivido, pero no es el clínico el que de alguna manera descubre los significados, sino que es la persona la que puede ir, de una forma puede ir poniendo palabras a su experiencia acompañado por el clínico.

GC: ¿o sea que le papel de la **contratransferencia** y de la empatía es importante?

AV: Es fundamental, quizás el mismo concepto de contratransferencia, si se entiende en el sentido clásico freudiano o al menos tal como canónicamente Freud la describió, nosotros no veríamos una diferencia entre proceso transferencial y la contratransferencia, es decir, es el mismo proceso y lo que el paciente evoca en mí, que por supuesto implica mi propia capacidad para tomar distancia, una distancia de trabajo de mis propias dificultades es lo que me permite reconocer y comprender lo que el paciente me está depositando, con lo cual el eco contratransferencial es una importantísima fuente de conocimiento. Obviamente la persona, el clínico que asume esta responsabilidad tiene que haberse enfrentado a un riguroso trabajo personal y tiene que estar abierto a un cuestionamiento constante sobre los sentidos de las experiencias en las que participa y con el paciente y en la vida.

GC: Y con esta perspectiva de psicoanálisis relacional, ¿ha trabajado en las **instituciones**?

AV: Si claro, por supuesto, pero el trabajo en las instituciones, no es en principio, en cuanto a sus objetivos y a las necesidades que ahí se manifiestan, no es diferente de la clínica llamémosla privada, lo que sí es diferente son los recursos, es decir en las instituciones la disponibilidad de profesionales es escasa, la posibilidad de profesionales con una formación suficiente para poder sostener procesos terapéuticos es limitada, la posibilidad que un clínico tiene en la institución, de hacer un trabajo continuado y con la frecuencia adecuada, está muy limitada en el horizonte plural de necesidades que tenga la persona que consulta.

GC: o sea que la institución ¿no se presta, no ofrece las mismas condiciones que la consulta privada para trabajar ciertos aspectos del psicoanálisis?

AV: así es, lo que ocurre es que eso no debe ser un argumento que nos lleve a plantear que el trabajo de calidad se va a hacer fuera de las instituciones, a las instituciones llega la gente en la medida en que ese es el espacio en el que se les puede acoger y recibir, entonces lo que se hace en las instituciones es fundamental, que lo que se hace en las instituciones pueda tener una continuación y una ampliación en otros dispositivos es también muy importante. En ese sentido, todo lo que se puede hacer a nivel de los centros de salud, a nivel de los servicios sociales, a nivel de las entidades de hospitalización etc., para las crisis, o las unidades de atención especial en situaciones de mayor gravedad como algunas de las que hemos mencionado antes, como las unidades de anorexia, que bueno ya no son tan frecuentes como antes, pero que siguen teniendo evidentemente importancia este tipo de instituciones, el hospital de día, todos los recursos que se implementan desde la comunidad para atender a las personas con psicosis o a los familiares de las personas con psicosis, todo esto es muy importante. Entonces, hay cosas que se pueden hacer en el marco de las instituciones hasta un cierto límite, hasta un cierto horizonte de posibilidad y hay otras en las que, si la persona está en condiciones de iniciar o de

continuar un recorrido de trabajo de sus dificultades y de encuentro consigo mismo, probablemente ese recurso lo encontrará por fuera de las instituciones, pero éstas son la puerta de entrada para la mayor parte de las demandas que tiene que acoger nuestra sociedad. Hay muchos clínicos que hacen trabajos muy estimables en las instituciones, aunque lo hagan en condiciones muy limitadas, he supervisado a numerosos profesionales que trabajan en instituciones, y muchas de estas personas hablan de que, a lo mejor no pueden atender de manera continua a una persona con citas más allá de una vez cada 15 días o cada 3 semanas. Podemos decir, que sí hay mucha dificultad, pero incluso en situaciones en las que hay mucha dificultad como esta, la calidad del trabajo depende mucho de la implicación del profesional y de la implicación de la persona que sufre. Nos sorprendería ver la cantidad de personas que han hecho cambios importantes con parámetros de internación clínica y que se han considerado a priori ineficaces.

GC: Y respecto de las distintas formas de violencia ¿ha trabajado más en instituciones en la consulta privada? y ¿qué tinte específico puede dar el psicoanálisis relacional?

AV: bueno, la violencia está en el núcleo de nuestra sociedad. Entiendo que la violencia con la que nos encontramos más frecuentemente es decir quizás un elemento de expresión del conflicto emocional a nivel de la subjetividad de la persona, por ejemplo, si estamos hablando de la violencia parento filial o de la violencia de género, en la pareja, o de la violencia social, que quizá es una de las que pasan más desapercibidas, pero qué son las maneras en las que la sociedad o sus instituciones ejercen violencia sobre las personas y muchas veces sobre las fundamentos económicos de la vida de las personas, o en su misma posibilidad de tener acceso a una mejor calidad de vida. Conforme el deterioro social, es más grande la posibilidad de que la descompensación de los recursos personales para gestionar la violencia se recrudezca y probablemente, es decir, toda la violencia de género que hoy en día nos resalta tanto y que es tan preocupante, es un efecto de grandes tensiones sociales que se expresan como parte de una sociedad que cambia: modelos de familia, de convivencia, de ideología de los roles de género que tienen que enfrentar profundas transformaciones y que muchas personas hayan podido metabolizar el significado de esos cambios. Fuera de estos lineamientos, en la clínica se trabaja con la violencia pues como con cualquier otro problema. Normalmente la violencia es la expresión extrema de algo fallido, de una descompensación, de un mecanismo fallido y hay que ver las posibilidades que tenemos de reconducirla o de reelaborarla, otras veces solamente se pueden poner límites y crear estructuras de protección para las víctimas de la violencia, no se puede hacer otra cosa.

GC: ¿Ha trabajado en algún momento con pacientes que han sufrido incesto o violación? ¿alguna pauta específica que aporte el psicoanálisis relacional para el tratamiento de ese tipo de pacientes?

AV: sí, no es infrecuente. Bueno, estaríamos más bien en el territorio del trabajo con lo traumático, es un extenso tema que es difícil de dar un lineamiento básico. En definitiva, se trata de experiencias vividas por estas personas que normalmente no han sido ni validadas ni reconocidas, que necesitan por tanto de un entorno de reconocimiento y de validación, y que para ello el trabajo desde el punto de vista relacional puede ser particularmente interesante porque las personas que han vivido estas condiciones traumáticas necesitan que su experiencia y su sufrimiento sea válido y reconocido, y a partir de ahí todo lo que implica el trabajo con lo traumático, normalmente el trauma se disocia o se equilibra con mecanismos que permiten que el sujeto lo escinda o lo separe y pueda vivir a pesar de los costos sintomáticos o con las amputaciones de su funcionamiento personal que le permitan equilibrar la experiencia de los traumático. El trabajo lleva una lenta y compleja reconstrucción de las condiciones que le permitan a la persona recuperar su agencia, su subjetividad, su protagonismo que pasa por la capacidad para integrar en su experiencia consciente, los elementos disociados que ha vivido en el trauma y que han sido invalidados por las personas o por los contextos en los que ha crecido,

pero las dificultades residuales que de todo eso queda, pues tienen que ser trabajadas como el resto de los síntomas, es decir que no hay una especial diferencia. Quizás la clínica contemporánea, es sobre todo la clínica que vuelve a dar relevancia a lo traumático frente, aunque esto no se debe de tomar como un eslogan o como una posición maximalista, pero Freud asumió en un principio la teoría traumática para el origen de las neurosis y después la sustituyó o relegó por la teoría de la seducción y la teoría de la fantasía. Bueno estos posicionamientos tienen relevancia, pero en cualquier caso de la clínica en la que nos ocupamos en el presente es la clínica de lo traumático. El trauma hace daño, la fantasía no tanto, podríamos decir y esto es una de las grandes recuperaciones del psicoanálisis contemporáneo, el haber vuelto a dar valor y reconocimiento a lo que ya en su día denunció Ferenczi y de alguna manera Freud y los post freudianos relegaron durante bastante tiempo.

GC: ¿Cuáles fueron los mayores aportes de Ferenczi para un avance y un cambio en el psicoanálisis freudiano?

AV: bueno Ferenczi defendió hasta su muerte claramente la teoría traumática frente a la relegación que hizo Freud y el entorno freudiano de la importancia de lo traumático, o sea que Ferenczi y siempre se planteó que había que atender a la necesidad y no solamente interpretar el sentido del síntoma, creo que este es un aspecto fundamental de su posicionamiento.

En cuanto al **trabajo a distancia** que menciona aquí supongo que se refiere al Skype y este tipo de cosas.

GC: sí, es decir, si inicia un proceso a distancia o solamente lo retoma cuando ha habido sesiones presenciales o en situaciones de emergencia

AV: yo, vamos a decir, después de 44 años de práctica no diré que “de esta agua no beberé evidentemente, pero mi punto de vista es que no hay mayor problema ni crea una especial dificultad trabajar a distancia cuando las circunstancias lo obligan con personas con quienes hay un vínculo de trabajo ya constituido, pero iniciar si no hay otras alternativas iniciar un trabajo, de esta manera implica muchas limitaciones y yo personalmente no lo hago.

GC: ¿qué dificultades encuentran ello?

AV: bueno precisamente creo que se... no sé si se pierde, pero si alteran muchos elementos de la comunicación no verbal y de la comunicación emocional que se establece entre las dos personas que participan en un encuentro clínico, creo que el estar en contacto visual en la interacción en un espacio reducido, el clima emocional que se genera, estos son elementos muy importantes que se ven alterados por la intermediación tecnológica y yo plantearía en ese sentido ciertas reticencias, digamos que mi posición puramente pragmática es que, de entrada yo no admito el inicio de trabajo de esta manera, pero claro, conozco colegas que han tenido que atender a personas que están, yo qué sé supongamos que una persona está en una base en la Antártida y necesita ayuda clínica y no tiene más remedio que hacerlo de esta forma, es lícito y es humano.

GC: y ¿hasta qué punto, esta perspectiva de psicoanálisis relacional, o en qué momento se utiliza más el dispositivo analítico del diván y en qué momentos no?

AV: El diván ha pasado a ser muy, muy secundario y decir que, digamos que la regulación de este recurso depende de si la persona lo necesita porque, es decir, es un recurso de la persona no del no es un recurso del clínico, es decir si el clínico tiene dificultades para mirar o interactuar con su paciente, el clínico tiene que trabajar con eso. Si la persona por características, sus condiciones o una etapa determinada de la que atraviesa, prefiere usar el diván no hay ningún inconveniente en que lo usé, pero no es una propuesta de método.

GC: ¿O sea que en este sentido es el paciente el que sugiere o el que propone recostarse en el diván?

AV: puede, puede ser, si lo considera necesario, en principio esto está marcado por la cultura y por una cierta difusión popular de la cultura psicoanalítica, en la medida en que la persona

asocia por otra parte tampoco es muy general que hacer un tratamiento es usar última no puede traerlo en su fantasía y puede entonces establecer un diálogo con lo que representará usarlo o no usarlo, sino el encuentro del entre dos personas, no es una tumbada y otra sentada es un encuentro directo, y esa naturalidad del encuentro directo en principio no debe subvertirse.

GC: o sea que en la escucha de cuestiones inconscientes, ¿no se hace uso del diván?

AV: lo inconsciente no se producen ni se facilita porque la persona esté el diván, la escucha de lo inconsciente está presente en cualquier nivel de la interacción o del discurso y no tiene mucho que ver con que la persona esté fuera del campo visual del analista o el paciente tenga fuera de su campo visual al analista. Evidentemente, hay situaciones en las que las características, digamos caracteriales defensivas de una persona en un momento determinado, puede aconsejarse, como reducir el impacto de esos recursos ¿no?, una persona con unos recursos que invade de seducción el entorno y que prácticamente no puede relacionarse ni escuchar porque solo despliega la seducción, a lo mejor necesita un entorno más distanciado y más tranquilo que le permita reconectarse consigo mismo, pero no es la más frecuente esto, esto es más bien excepcional que habitual.

GC: Y ¿cuáles serían, por ejemplo, los logros ideales de **cambio** dentro de un proceso en el psicoanálisis relacional?

AV: esta historia de los fines, de las metas, de los criterios de cambio, de cura dentro del planteamiento analítico, es una formulación ideológica, es decir, ¿qué significa cambio?, es singular para cada persona.

GC: pero si se propone, se promueve un cambio

AV: sí claro, pero es decir, nadie que acude en demanda de ayuda, se coloca en una posición de no esperar un cambio, quiere un cambio, es una simplificación esta formulación, digamos que una persona oscila entre lo que sería el malestar del sufrimiento que afronta y su acomodación patológica a las condiciones en las que funciona, entonces la acomodación patológica le ayuda a permanecer, es decir es como un mal menor, le ayuda a permanecer en la situación disfuncional en la que está, pero tiene una esperanza y una necesidad de cambio, el clínico juega como un catalizador de esas necesidades de cambio, pero no introduce un criterio de lo que es lo que tiene que cambiar, es decir por supuesto, en un sentido muy general, una persona con sus dificultades en la vida, con sus planteamientos repetitivos, con las situaciones conflictivas en las que está atrapado, y puedo desarrollar subjetivamente una cierta fantasía de cómo esta persona podría ser diferente, yo puedo tener esa fantasía y eso para mí puede jugar como una cierta representación ideológica de lo que sería el cambio para esa persona, pero la que tiene que tomar conciencia de sus necesidades de cambio es la propia persona, entonces ahí es muy importante de por lo menos precisar, que lo que va a cambiar son los patrones organizadores inconscientes, el conocimiento relacional implícito que esta persona usa a la hora de funcionar en sus relaciones y en su manera de enfrentar las experiencias, porque todo lo que vivimos está co-determinado, es decir que en última instancia, nadie sufre solo, sufre consigo y con la participación de un otro real o imaginado, pero nadie sufre solo.

GC: ¿Y qué **cambiaría en el analista** al final de un tratamiento?

AV: ¿en el analista?, yo creo que de todas las experiencias terapéuticas que vivimos, los clínicos nos quedamos con algo valioso, es decir, nosotros cambiamos con nuestros pacientes, de todos aprendemos algo, todos nos tocan o no nos llegan de una manera o de otra, y en definitiva, es como una exposición constante a la necesidad de cambio humana y a la propia esencia del sufrimiento humano, creo que el clínico se hace, digamos que le quedaría un camino oscilante entre el endurecimiento frente al sufrimiento del otro o la apertura al sufrimiento del otro, con la vulnerabilidad que suele representar el clínico y de cómo se mueve en esa situación. Creo que el clínico cambia con sus pacientes, cambia de otra manera, cambia a otro ritmo, es decir son

ciclos distintos, la persona en general viene determinada por su urgencia momentánea, la que sea, la que le trae, porque le pasa algo o el sufrimiento que quiere aliviar, el clínico tiene que facilitar la posibilidad de escuchar y recibir esa necesidad del otro y ahí se produce una interacción de la que ambos van a sacar cosas valiosas. De manera que... hay una idea, no es exactamente el tema que está mencionando, pero si un proceso de cambio implica reflexión, elaboración de la experiencia, toma de contacto con las emociones y las propias vivencias se pone en marcha, no termina ni se para porque terminan las sesiones o el tratamiento, el proceso de cambio si se pone en marcha, continua toda la vida. El paciente que ha estado, o la persona que ha estado en tratamiento se lleva la movilización de sus procesos de cambio y un cierto terapeuta interno con el que sigue trabajando, y el clínico se queda con ecos de todos los pacientes con los que trabaja, unos más difuminados en un paisaje general y otros con más sobresalencia, pero así es como yo lo veo.

GC: no sé si me quisiera decir, solo brevemente, algo sobre los autores principales de esta perspectiva del psicoanálisis relacional que fundamentan teóricamente la práctica clínica.

AV: bueno, son muchos y variados. Los nombres más citados Stephen Mitchell, Liu Aarón Jessica Benjamin, Robert Stolorov, Joe Linstenberg, en fin hay muchísimas posibilidades, entre la gente que en España ha escrito más y que ha hecho un viraje, por ejemplo un autor que escribe en castellano que Joan Coderch, que se formó en una posición kleiniana ortodoxa y que ha ido evolucionando en los últimos veintitantos años a un punto de vista relacional bastante abierto, este es un autor todavía vivo aunque es muy mayor, es un ejemplo de lo que puede ser esta evolución en cuanto a lo que serían autores españoles, en fin infinitad.

GC: ¿Con quién se podría decir que inicia esta perspectiva?

AV: el inicio es plural, va por oleadas, es decir, en última instancia los padres intelectuales de estos planteamientos serían a un nivel Ferenczi y en otro nivel Winnicott, pero los catalizadores en determinadas épocas han sido Sullivan en los finales de los treinta y a principios de los 40, Fromm estuvo muy cercano a estos planteamientos, casi todos los que han trabajado con psicosis desde el punto de vista interpersonal y psicoanalítico, han sostenido estos planteamientos, el segundo Kohut y todos los herederos del pensamiento de la psicología del self contemporánea son muy importantes, en fin, hay muchos desarrollos. Y por lo que nos toca de la línea latinoamericana el segundo Pichón Riviere, el Pichon Riviere del principio, el kleiniano no, pero el que evoluciona hacia la psicología social psicoanalítica, si es muy importante también en esta línea de pensamiento, él nunca utilizó el término relacional, utilizaba más bien el término el de psicología social, pero los planteamientos eran muy similares. Le voy a regalar algunos libros para que se los lleve y conozca, nosotros tenemos una... publicamos desde hace una década, originales y traducciones de autores relacionales importantes y le voy a dar alguna selección de algunos libros eh?

GC: muchísimas gracias Doctor por su tiempo que ya se nos acaba

Julio de 2017

8.2. Psicoanalistas

Entrevista 6:

GC: me da mucho gusto estar aquí contigo, conversar un poco sobre algo que nos apasiona a ambas que es el psicoanálisis, y sobre todo intentar reflexionar como ha sido a lo largo de la vida, a lo largo de tu experiencia clínica, a lo largo de la atención con cada uno de tus pacientes, el cambio o la posición tuya respecto de cómo ves tu ejercicio clínico desde el inicio, al avanzar y ahora con el tipo de casos con los que has estado trabajando. Entonces me gustaría que me contaras un poco como te iniciaste tú de dónde vienes, tu formación y si me pudieras contar también sobre el ámbito de trabajo.

YS: A ver, de dónde vengo como formación, desde la psicología, yo soy psicóloga, luego he estudiado filosofía. Me parece que no se puede trabajar en el ámbito de la relación con el otro sin partir de una concepción del mundo, del sujeto, de la persona, una posición con respecto a la mirada del mundo y esa mirada siempre está mediada o mediatizada por tus posturas ¿no?, entonces, siempre he leído filosofía, psicoanálisis, el primer libro que leí sobre psicoanálisis curiosamente fue “La Interpretación de los sueños” que me regaló mi madre. Yo quería ser trabajadora social y a ella le apareció que pasaba por otro lado ¿no?, que tenía que ver con ayudar al otro, pero entendía que quizá desde la psicología me iba a aportar más cosas, porque me veía con más inquietudes y pensaba que me iba a quedar corto el trabajo social, y no se equivocó.

GC: Pero ¿tú le comentaste también **tu opción por la psicología** o no?

YS: no, yo quería ser trabajadora social, tenía una posición desde muy pequeña y por cuestión vital de compromiso social, entendía que mi manera de atender a ese compromiso social y de ayudar al otro sin ceder con la actividad, siempre me interesó la política, yo quería como concretar logrando ¿no? y trabajar concretando, tenía un poco la idea de que la trabajadora social hacía cosas de este tipo y me apetecía.

GC: o sea que ella se aventuró a proponerte

YS: si porque ella sabía que era no algo imposible, luego me di cuenta que era cierto, porque además tenía 18 años, mi madre era una mujer, no con muchos estudios porque no podía, pero era una mujer que leía y que sabía más que yo, y le hice caso. Cuando me regaló “La interpretación los sueños”, es que no pude parar de leerlo y no pude parar y no pude parar y ahí yo supe no solo que quería ser psicóloga, sino que quería ser psicoanalista. Estudié la carrera de psicología, desde el principio me vinculé en lo que tenía que ver con el psicoanálisis, hice mi propio análisis y buscaba a profesores que tenían un discurso más psicoanalítico y ahí empezó. Mi interés por el psicoanálisis porque pensé que los sueños eran importantes. Y luego esa impronta de ayudar al otro siempre ha estado, no sé qué más te puedo decir, pues eso, de ahí vengo.

GC: te pregunto porque a veces, y es algo que nos topamos mucho en la clínica con nuestros pacientes, eso de hacer algo del deseo de los padres, el deseo de los padres hacia uno y la creación del propio deseo. Yo me acuerdo que yo quería ser psicóloga, desde que tenía 12 años y me enteré después de que terminé la carrera de psicología, pregunté a mi madre lo que a ella le hubiera gustado estudiar, pues era ama de casa y tenía 7 hijos. Curiosamente me respondió que medicina o psicología, que eran las carreras entre las que yo estaba, y nunca me lo había dicho, pero jamás me lo sugirió, jamás supe nada de ello, es esta cuestión que va de inconsciente a inconsciente, esta cuestión del deseo de los padres y que tiene que ver con el deseo de uno.

YS: si, mi respuesta no es ajena, estoy hablando con una psicoanalista y sí, yo por ejemplo sé que me llamo así porque ella conocía a una mujer con este nombre que usaba pantalones, fumaba, tocaba el piano y que viajaba.

GC: qué imagen tan fuerte ¿no?

YS: moverse de país, irse a otro sitio, esa parte, había algo de este deseo, de esta tensión de irse, de moverse ¿no?, de hecho en México, por lo menos en el tiempo en que yo estudie la carrera, en el ámbito de la psicología académica, ser psicoanalista era un poco trasgresor.

GC: y a todo esto, ¿cómo te has sentido en relación a lo que muchos psicoanalistas se atreven a decir a veces sobre, que de la psicología luego tienes que desaprender muchas cosas?, o que los conceptos rígidos de la psicología cuando son muy positivistas pueden llegar a estorbar o que hay que desaprender para abrirse a otro tipo de escucha, ¿tu como ves?

YS: a mí no me ocurrió, porque yo, como te digo, me interesé por el psicoanálisis y cuando quise estudiar psicología, era como una condición de necesidad, o sea una posición que era de trabajar en la escucha de un paciente, que es lo que siempre quise a hacer. A mí la carrera me sirvió, sabía para lo que era, estudiaba para aprobar y no me parecía difícil, desde la perspectiva académica era relativamente poco complejo, desde mi punto de vista. Entonces a mí no, me parece que es una posición un poco crítica, rígida y prejuiciosa.

GC: ¿en qué sentido?

YS: Esta crítica que hago a la psicología académica, pero quizá debería referirme más a la psicología tal como la estudié en la carrera, por que luego hay corrientes de pensamiento psicológico que fueron interesantes de estudiar, de hecho para lo que me sirvió la psicología fue para introducirme en la institución desde la posición de psicóloga, que me conocieran como tal, y trabajar por ejemplo en el ámbito educativo, estudiar a Piaget y a Vigotsky.

GC: me parece que eso viene como después ¿no?, porque al principio, cuando un joven o una joven entra a estudiar psicología, viene del instituto y no sabe nada de nada, las bases académicas, aunque sean poco complicadas, pero cuadradas o demasiado estructuradas, a veces son necesarias para que el estudiante pueda cuestionarlas, para tener una posición hay que partir de algo que se ha recibido previamente.

YS: sí, creo que todo sirve, no creo que algo no sirva. Una cosa que yo les decía a mis amigos en psicología lo que era para mí el psicoanálisis y eso me hacía a ratos un poco antipática, “para tí el chiste es el psicoanálisis, no hay nada más importante que el psicoanálisis” sin embargo, es verdad de que a la hora del trabajo y de la escucha, todo sirve para pensar y correlacionar, vamos a ver la carrera es el inicio de un camino que creo que en cualquier formación, pero al final es el trabajo el que te hace y las lecturas que realizas, **formarse** va más allá de lo que tiene que ver con el programa de una carrera, me parece que formarse tiene que ver con el deseo, hay mucho de autodidacta en psicoanálisis, sabemos que es así, en formación continua, continuamente volviendo a los mismos casos, una y otra vez, una y otra vez. Lo que sí es verdad es que la formación cuando la hice en México, la formación como psicoanalista es una formación, por lo menos en el tiempo en que yo lo hice, menos institucional ahora se ha institucionalizado bastante, yo cuando estudiaba era muy a la manera de los miércoles de Freud en Viena, es que aunque se escuche pretencioso, había como unas ganas de leer de esa manera, con amigos interesados en el psicoanálisis, de leer a Freud con una persona que fuera un referente, con más experiencia, con más lectura, con más formación, que ya estuviera trabajando como psicoanalista y empezar como empezamos todos e ir estudiando con Estudios sobre la Histeria, con los Escritos Técnicos y la lectura una y otra vez, cargar con Estudios sobre la Histeria hasta tres o cuatro años, e ir conociendo cada vez más aspectos de Freud, que es como te formas en psicoanálisis.

GC: es cierto que la institución, marca siempre un ritmo más cronológico, más en una maestría como decimos en México que tiene durar un cierto tiempo, entonces una pincelada de todo como para dejar que luego el otro siga buscando y eso creo que viene de una necesidad social, cultural de un reconocimiento, de una posición o diferenciación frente a la psicología o de otro tipo de atención a lo mejor, o dentro incluso de las instituciones, porque a lo mejor es más fácil

que entre a una institución gubernamental, un psicólogo que un psicoanalista que no es psicólogo, que no tiene un título para tener un trabajo socialmente válido.

YS: pues es algo práctico, un aspecto práctico, quiero decir, creo que como ideal querríamos que las cosas funcionaran de otra manera y hacernos espacios con los que sabemos, pero ya lo decía Freud, las instituciones son las instituciones, funcionan así. A mí me parece que es inevitable tener que dar cuenta de un saber para colocarse en esos espacios. Yo por ejemplo, con respecto al psicoanálisis, es verdad que se puede ser psicoanalista desde otro campo del saber, desde la filosofía, desde la medicina, o desde otro campo del saber, sin duda alguna puede ser así, pero para trabajar en una institución como en el campo de la psicometría, pues sí hay que ser psicólogo, como para ser profesor, hay que ser profesor, es decir que en las instituciones no hay psicoanalistas como tal, los psicoanalistas se forman en otro lado. No porque eres psicólogo y eres psicoanalista eso determina una posición con respecto tu concepción de lo que es tu posición, tanto en lo educativo, como en lo clínico, como en lo terapéutico.

GC: y además es porque el psicoanálisis nunca o casi nunca, no sé si estos esfuerzos de institucionalización tienden a ello, nunca ha reclamado socialmente un lugar oficial o un título de psicoanalista para ser contratados en una institución como tal.

YS: Sin embargo en el tiempo en que vivimos ahora esto va cambiando, ¿no? Es decir, hay un tiempo en donde ser psicoanalista, es decir, sostener la posición de psicoanalista y eso sigue siendo así por supuesto, empieza con el propio análisis, hacer el propio psicoanálisis, formarte como tal, hacer supervisión siempre con un referente de peso en este ámbito, esto pasaba por ahí, yo me formé así, sin embargo ahora, la filiación a una escuela determinada donde se dé cuenta del recorrido que estás haciendo, hacer determinados seminarios, y que los cumplas y que te den una certificación, eso ahora está funcionando de esta manera.

GC: es ¿cómo el **síntoma de la institución** dentro del mismo movimiento psicoanalítico?

YS: no lo sé, es complejo

GC: ¿cómo piensas la formación de antes y de ahora?, porque no es el único espacio donde se da cuenta. Creo, si no me equivoco, que este esfuerzo de institucionalización muchas veces pasa solamente por la cuestión teórica, a mí me tocó por ejemplo cuando yo hice la maestría en psicoanálisis donde nos decían “de aquí no salen psicoanalistas”, lo serán cuando además de esto, tengan su análisis y su supervisión, pero la institución donde yo estudie sólo te aportaba la parte teórica, aunque había otras instituciones donde se ofrecía el paquete completo, aquí te formamos, te analizamos y te supervisamos. Entonces este cambio en la formación de los analistas, si tú ves si algo de ello, de estas variaciones debería de cambiar, o hay alguna pregunta respecto de la formación del psicoanalista que te ande rondando, en como un analista puede ejercer en consultas, en instituciones privadas con una formación adecuada, ¿cómo lo ves tú?

YS: a ver, vamos a ver. Yo con respecto al psicoanálisis en este sentido, una de las máximas lacanianas de que el analista se autoriza a sí mismo, yo creo en eso eh?

GC: es como si el mismo movimiento psicoanalítico no creyera en ello, en el sentido de las escuelas, las filiaciones e instituciones, como una manera de certificar el saber

YS: es referencia de la IPA, que viene desde los tiempos inmemorables del psicoanálisis. Lo que ocurre a Lacan es que plantea otra manera de hacer con respecto al tiempo de las sesiones, al tiempo de las intervenciones, Lacan vuelve a seminarios abiertos donde se da la voluntad de construir el saber, de manera que los psicoanalistas puedan construir, volviendo una y otra vez a los textos, ¿qué pasa? A mí me parece, que si algo me planteo yo como modalidad de escuela para estudiar psicoanálisis es la reproducción de un modelo vertical donde hay un profesor que dice y un alumno que escucha y te vas, yo por ejemplo que hago de tanto en tanto una asistencia, según me interesan determinados seminarios, hay gente que me encuentro que ha estado toda la vida en determinada escuela, que vi hace 20 años y la sigo viendo ahora, que

lleva años en esa posición del alumno que escucha al maestro, que van a escuchar, pero me parece que es un modelo de enseñanza y aprendizaje que se contrapone a entender el psicoanálisis como un trabajo de transmisión, en la supervisión, en la lectura conjunta de textos y en el propio análisis.

GC: más como una construcción teórica conjunta y participativa

YS: como modelo es decir, siempre los profesores son los mismos y los alumnos son alumnos, 4 años, certificación de lo que has hecho, luego tienes la posibilidad, lo que tiene que ver con el pase del psicoanalista que da cuenta de ello, como ideal, a mí por ejemplo no me interesa.

GC: ¿hubo en tu trayecto en la formación de psicoanalistas otros aportes teóricos, otro tipo de pensamiento psicoanalítico que fuera previo a esta elección del eje Freud-Lacan?

YS: no, mi analista era lacaniano, Hans y Guillermo Vallarta que fue mi supervisor, todas estas personas que vienen del DF a Guadalajara, yo empecé a trabajar en la institución educativa con deficiencia mental y esto me llevó mucho a Maud Manoni, a Fracois Doltó, es decir, todo ello me llevó a la cuestión del lenguaje y con el inconsciente de esta manera, tuve otro acercamiento en la cuestión de la antropología, pero luego no despertaba mi deseo en absoluto, a mí me gustaba mucho la poesía y la literatura, para mí la lectura de Lacan aunque hay quien lo representa como oscuro, con conceptos difíciles, para mí Lacan es una música, una música que siempre te deja como... tiene un punto poético, muy literario, como que te deja suspendido de alguna palabra ¿no? A mí me encantaba, aunque no le entendiera algunas veces, y luego también la lectura de Lacan me llevó a otras lecturas que a mí me han servido muchísimo, incluso en, desde el punto de vista estético, la manera de ver el cine, de relacionarlo todo para pensar, el acercamiento a la filosofía, me parece que no puedes leer a Lacan si no vas a otras referencias, Lacan en este sentido te exige mucho.

GC: él toma sus referencias de sus propios contactos y formación, pero pocas veces cita.

YS: ya, pero cuando está dando por ejemplo alguno de sus seminarios, concretamente el de la Ética, en que hace una referencia al Banquete de Platón, pues tiene razón, hay que leerlo, no, yo creo que si cita, no estoy de acuerdo en esto. Ahora, si bien es cierto, escritos, como tal, solamente son Los Escritos, su tesis de doctorado sobre el caso Aimée que es una absoluta maravilla en términos de lo que es, una referencia para clínica donde se ve la influencia que él tiene de la psiquiatría, y esa lectura, una lectura más inocente de Freud ¿no? y luego el libro sobre La familia, escritos como tales, y lo demás son seminarios donde habla y cuenta como hacemos todos ¿no?, estamos hablando y no hacemos pie de citas, hay gente que abusa queriendo criticar a Lacan sobre que nunca cita, pues no, está hablando, está en diálogo, cuando parece que él intenta emular ese tipo de cosas que tienen que ver con la filosofía, aunque él se llamaba anti filósofo, pero desde el punto de vista del ejercicio del pensar el psicoanálisis más allá de repetir, pues es un filósofo.

GC: anti filósofo en el sentido en que no hacía filosofía, pero dialogaba mucho con los filósofos, era muy culto, leía a muchos filósofos y los leía mucho, y bueno en todos sus seminarios siempre hay alguna referencia a alguno.

YS: pero más allá, es decir, los temas donde **convergen el psicoanálisis y la filosofía**, son el amor, el lenguaje, el pensamiento, lo cual es mérito de Lacan, pues hace evidente esto que todos sabemos, son temas en donde convergen, y Lacan lo cita, y no solo eso, sino que pone en dialogo a la filosofía y a la lingüística, pone en diálogo, a ver, el psicoanálisis desde mi punto de vista, es que está para ponerse **en diálogo con otras disciplinas**, precisamente es lo que hace Lacan, ¿esto que implica? Que hace más difícil la conceptualización del psicoanálisis desde la perspectiva de Lacan porque no se limita solo al psicoanálisis, sino a poder entenderlo desde otras perspectivas sociológicas, filosóficas, antropológicas, que sin duda alguna te llevan a ponerlo en relación con otros pensadores, como por ejemplo cuando Lacan habla del Edipo, no solo se limita a hablarlo desde el psicoanálisis freudiano sino que él además tiene la

Antropología Estructural de Levi Strauss para pensar el Edipo en términos del parentesco que de alguna manera también vincula la perspectiva histórico y mitológica, que permite por lo menos argumentar de manera más amplia para no caer en la reducción de “es que el Edipo tiene que ver con la elección de objeto amoroso”, vamos a ver tiene que ver con muchísimas otras cosas también, y eso es más difícil, ¿por qué? Porque requiere acercarse a otros campos del saber, más completo.

GC: Y en este sentido al hablar de la formación del psicoanalista, cuando tú te hiciste la carrera psicología ¿tenías claro que lo que querías era psicoanálisis?

YS: sí, yo entré por la puerta del psicoanálisis, con La interpretación de los sueños, no había otra cosa para mí.

GC: y ¿cómo te sentiste que al tener ese interés, al tener que estudiar todo lo que la psicología académica te hacía aprender?

YS: a mí sinceramente, nunca me ha representado un problema, la facultad es un buen espacio para muchas cosas, podía expresar mi orientación y la psicología no me afectó de ninguna manera, no.

GC: y luego cuando iniciaste tu práctica clínica, ¿ya estabas tú en análisis ya estabas formándote como analista o iniciaste en el campo de la psicología en la institución o en la escuela?, ¿cuáles fueron tus **ámbitos iniciales** antes de sentir que ya estabas ejerciendo como psicoanalista?

YS: a ver yo empecé a trabajar como psicóloga en la institución, en el área de la educación pública, en educación especial, pero ya cuando al empezar a atender en el ámbito de la clínica, al empezar a trabajar, a ver es que yo empecé mi análisis desde el primero de carrera, yo creo que las personas que lo estudiábamos queríamos hacernos psicoanalistas, sabíamos que teníamos que entrar en análisis, entonces era como, además lo más bonito es que eso creíamos que para hacerse psicoanalistas había que hacer análisis que ibas a aprender algo desde ahí, y luego te das cuenta de que el análisis es lo que es, es un lugar enigmático del encuentro con lo inesperado, a veces con un sufrimiento, con posibilidades, con cosas que no te habías planteado a lo mejor, entrar a ellas como tal o sea, es que me acuerdo que cuando fui por primera vez con Hans, le dije que yo estaba ahí porque quería ser analista y se rió. En muchísimos momentos muy importantes que tomaron una significación en la palabra, en la búsqueda del análisis, la risa denotaba un poco eso, se hace el análisis, aunque creas que es para aprender a ser analista, pero te das cuenta a lo largo de tu trabajo que tiene que ver con construir algo del saber del inconsciente, es difícil hablar de la experiencia eh? De cómo, de tu análisis, eso lo quieren explicar muy bien cuando van a análisis, pero es que hay gente que te pide que cuentes que hacemos aquí, es difícil contarlo, es difícil de contar. Mucho más allá de hacer análisis representó muchísimo más allá...

GC: pero no crees tú que esa tendencia, eso que Lacan instituyó en su momento sobre dar cuenta de lo que pasó en tu análisis en **el pase** y tener que contar lo que pasó en tu análisis es parecido a esta dificultad de decir ¿por dónde pasé, qué hice, que pasó?

YS: sí, yo creo que sí, efectivamente, sí.

GC: aunque no todos los analistas hacen el pase como tal, a ese nivel de escuela de psicoanálisis, a veces hay una exigencia o un requisito que hay que atravesar para hacerse analista, ese tipo de cosas donde a veces es una regla o un requisito, o ¿cómo lo ves?

YS: yo no sé, yo no sabría, yo he hecho, bueno estuve muchos años con un analista, luego aquí continúe mi análisis y probablemente lo vuelva a retomar en algún otro momento, hay momentos vitales en los que busco otra vez el espacio. Entonces yo no estoy segura de haber terminado ningún análisis yo no sé, la verdad no lo sé, es algo que nunca me ha preocupado de hacer el pase, creo que es algo que no he acabado de entender, sinceramente no.

GC: y en tu experiencia de **cambio de analista**

YS: a ver, no cabe ninguna duda, que está esta cuestión de que tu analista –de quienes nos formamos como analistas especialmente– se pone en juego, a veces incluso cierto prestigio que pueda tener tu analista. Al principio cuando yo hice mi primer análisis elegí a mi analista por el prestigio que tenía, sus publicaciones, conferencias, mi segunda analista, que es una mujer, también creo que se jugó un poco eso.

GC: ¿Pero cómo hiciste ese cambio?

YS: Es que no fue un cambio yo empecé en México con mi analista desde los inicios de la carrera, terminé la carrera, luego estuve trabajando durante 4 años hasta venirme aquí, en realidad no había terminado mi análisis y cuando estuve aquí, al año tuve la necesidad de abrirme un espacio. Y elegí a una mujer que cuando la escuchaba en los seminarios me parecía que tenía algo –de lo que uno de mis primeros supervisores llamaba del afecto– que parecía que oía el afecto, eso yo lo aprendí de Guillermo Vallarta, me parece que está ahí, ¿no?, y luego cuando estudias en la teoría y ves los casos clínicos de las histéricas, estudias a Lacan y habla del afecto y la representación, como el afecto se extravía de su representación a la manera de síntoma, pues entendí que eso tenía que ver con el afecto y el trabajo con las personas que analizan conmigo, eso está en juego y se te va dando algo que tiene que ver con repetir la escena una y otra vez, una y otra vez. Volver a las lecturas una y otra vez, y la propia experiencia con los síntomas, con los sueños, que tienen que ver con el inconsciente, algo hay ahí. Entonces, no sé, es que tampoco lo he pensado “ay, he cambiado”, no, es la experiencia analítica como tal, que trasciende a la persona, a la que le supones un saber y se da ahí un proceso donde puedes obtener tu palabra, es más allá de quien sea tu analista.

GC: Pero ahí empezamos con el cambio de posición en el sentido en que, como tú mencionaste hace un momento en el primer análisis, tu primera motivación fue “yo quiero ser analista”, después continúas digamos tu análisis, pero con otro analista, y a lo mejor la pregunta ni siquiera es tan evidente, como para decirte “¿porque quieres analizarte tu hoy conmigo?”

YS: cuando yo le planteo que quiero continuar mi análisis, es porque tengo inquietudes con respecto a decisiones vitales de vida, como sin tirarme al vacío y quiero volver, y es una pregunta que me puedo hacer porque tengo un recorrido un trabajo de análisis previo, donde el camino de mi vida está determinado, ya no por lo que se viene marejando en mi familia de origen o mi historia de relaciones, sino por un reconocimiento de algo que se mueve internamente y que me lleva a preguntarme qué quiero. Entonces a la hora de que quiero tomar un camino y hacer decisiones, una vez que has hecho un trabajo de análisis, sabes que has de centrarte, preguntarte y obtener un reconocimiento de lo que hay ahí, y que te mueve, sabes que hay algo más, entonces en ese momento cuando decido retomar mi análisis. Entonces, ya no es, “voy a hacer análisis porque toda psicoanalista tiene que hacer su psicoanálisis y además da glamour y queda muy bien”, porque era una chavala que tenía 18 o 19 años, y luego me encontré con que tenía una serie de cosas que tenían que ver con mi infancia y bueno, daba igual si quería ser analista o no. Entonces el análisis tomó otra dimensión y una vez que tomé esa dimensión, pues entonces seguí mi análisis con esa persona y fue un trabajo extraordinario. Y entonces un poco después del trabajo de análisis fue también un momento de revisar el trabajo con tus propios pacientes, una especie de preocupación por cómo escuchas pues acabas llevando tus casos.

GC: y en qué es diferente que en el campo de la **supervisión**

YS: sí, pero fíjate que es curioso porque en el campo de la supervisión hablas de cosas que tienen que ver con pensar el caso, y es otra cosa, es escuchar al otro y desde la teoría, y para mí el espacio del análisis ha sido un lugar para reconocer sentimientos o posicionamiento con respecto al paciente donde había que diferenciar, a ver como intentando que lo más propio, lo más ideológico, lo que más tiene que ver contigo, no participara. A ver, es que es complicado porque a mí me parece que es inevitable, a veces en el trabajo de la escucha del paciente que ves, a veces dos veces a la semana durante muchísimo tiempo, que nazca tu deseo de lo que

está en la vida de ese paciente lo que vaya conduciendo el trabajo, sino que el deseo del paciente está más allá de lo que tu creas.

GC: a lo mejor en este tipo de procesos más largos es más difícil mantener esa posición, que en procesos más cortos y puedes tomar distancia, ¿será por eso?

YS: a mí me hace pensar que es corte cerrado, yo pienso que una vez que se pone en marcha el dispositivo y el encuentro con el otro, ya no hay vuelta atrás, se pone en juego una relación muy particular. Entonces es verdad que a lo mejor al principio cuando empiezas a trabajar, hay momentos donde hay cierto..., lo que Freud llamaba “furor sanandi”, el querer que se cure o darle a creer que puede tener la fórmula para que sea feliz entre comillas. Entonces eso te lo va dando la experiencia y la supervisión, que es fundamental y sin duda alguna tu propio trabajo de análisis, porque claro, llega a ser tan importante el trabajo con el paciente, que es inevitable que hables de eso, y a veces con el entusiasmo de que te parece que estás haciendo, que lo estás consiguiendo, ahí está el analista para llevarte ahí, a lo que tiene que ver contigo ¿no? ¿Por qué la preocupación por el paciente, de qué se trata? Vuelves a ti, y te das cuenta, quizá no tanto poner una distancia, sino reconocer que tiene que ver contigo y creo que eso es importante.

GC: pero también marca momentos distintos de tu posición como analista, donde a lo mejor al inicio es distinta la posición de cuando recién saliste de la carrera de psicología y que apenas conocías a Lacan y a Freud, que ahora que tienes años de experiencia en la clínica y que a lo mejor en tu propia posición de manejas.

YS: Mira yo aquí tomaría prestado una frase de Maud Mannoni qué dice, a ver “los pacientes te hacen analista”, ellos te hacen analista. Al principio mira, hay una parte ahí que tiene que ver con, ¿cómo te explicaría?, cómo de fascinación cuando te descubres que eres capaz de reconocer la estructura clínica que está en juego, cuándo has leído tanto en Lacan, que la neurosis es una pregunta, que la puedes formular como una pregunta, es una manera muy simplificada para intentar contar esto porque en realidad es complejo, bastante más complejo, pero cuando en relación a la neurosis obsesiva nos centráramos en la pregunta ¿estoy vivo estoy muerto? O en la histérica ¿soy un hombre o yo soy una mujer? estás trabajando con el paciente y vas descubriendo este movimiento, es algo casi enigmático, eso te entusiasma, hay una sensación como de control, al principio te crees eso, como la histérica te regala con el tesoro de eso significantes, porque habla y habla y habla hasta por los codos, pero te lo pone muy difícil y complicado conforme vas adentrando tener proceso. Y los pacientes se van manteniendo por eso te digo que los pacientes te hacen analista, porque ellos se mantienen en el trabajo, cuando vuelven, cuando hay una continuidad y luego vas teniendo uno y otro, y otro, claro te vas dando cuenta de que vas teniendo en la oportunidad que un encuentro con una diversidad de personas y discursos que te van haciendo y la experiencia aquí es fundamental, vas escuchando, vas aprendiendo a escuchar, es difícil de explicar, pero como decía Guillermo Vallarta, vas desarrollando un olfato, a la manera de Sherlock Holmes ¿no? enigmas, preguntas y tal, es una cosa, y sí que es verdad, lo que sí que creo, es que al principio era más efectivo de lo que puedo hacer ahora.

GC: ¿en qué sentido?

YS: ¿en qué sentido? bueno pues, que a lo mejor al principio hay más la idea de un modelo, de un analista que tiene que dar cierta imagen, tener cierta presencia, de aparentar cierta distancia y luego esto se va... yo lo he ido perdiendo ¿eh?, lo he ido perdiendo, y creo, me atrevería a afirmar que por esto no he ido perdiendo seriedad en mi trabajo, como decía Lacan, hay que tomárselo muy en serio y me lo tomo muy en serio, pero eso no significa que necesariamente tienes que ser muy serio, eso sí que lo noto, hay algo ahí que te da la práctica y la supervisión, y pacientes trabajando, por supuesto, pero que te permite moverte con mayor ligereza, menos encorsetada que al principio donde pasa un poquito esto.

GC: por ejemplo en esta cuestión de tu trabajo clínico, ¿en dónde empezaste a trabajar clínicamente?

YS: yo empecé con los primeros pacientes en la consulta de un neurólogo que me derivaba pacientes porque me conocía de un evento de psicoanálisis y me invitó a ir a su consulta, él tenía una clínica del dolor, pero era un neurólogo particular con interés en el psicoanálisis, quería tener una psicóloga en su centro y pensó en mí, y sabía que yo trabajaba como psicóloga, y fue una gran oportunidad, un aprendizaje de una riqueza impresionante, él trabajaba también con pacientes psicóticos y que a veces me enviaba a veces en pleno brote, suponiendo que yo podía hacer algo con eso. Y ahí fue mi primer encuentro digamos con pacientes, con la escucha, con las primeras supervisiones.

GC: Cómo enfrentaste esa expectativa suya de que al enviarte un paciente que llegaba con algún brote y ver si podías hacer algo con él.

YS: Bueno en un principio pensé que tenía que correlacionarlo con esto, yo eso creía al principio y luego bueno para eso está el trabajo del análisis, que te dice “¿por qué crees que tienes que poder hacer algo con eso? debes mandarlo a..., eres muy joven”, yo empecé muy joven y en la supervisión también, y “como neurólogo no puedes mandármelo en pleno brote porque me asusto”. Lo que es verdad, es que hacía un trabajo de contención: relájese, respire, no pasa nada, eso que siempre sirve y es lo que aprendes en la carrera de psicología. Y luego eh...

GC: ¿Con qué otro tipo de pacientes crees que estas herramientas psicológicas de contención te ayudaron?

YS: Bueno pues con niños autistas, que también él me derivaba mucho, que sí que de alguna manera me servían al salir de la carrera. A ver, intentaba hacer algo no, orientar a los padres desde un modelo más... cuando arrancas, que desde luego no eres psicoanalista. Ser psicoanalista, que es **autorizarse** de sí misma, todo eso qué tiene que ver con la propia de autorización, siempre está en un proceso, no se actualiza uno de una vez para siempre y yo creo que está bien, porque la experiencia y la práctica te dan mucha confianza y a veces hay que recordar ¿no? Que esto es muy serio, que hay que volver a un texto, algún caso que se te complica mucho y hay que retomar la supervisión ¿no?

GC: Pero ¿hubo para ti algún momento en que por primera vez tú dijiste “ya me siento analista”? ya me autorizo, ¿cómo fuese autorizarse?

YS: yo creo que me estoy actualizando conforme me estoy sintiendo autorizada por los pacientes, es la sensación que yo tengo, porque luego con respecto a las intervenciones, al trabajo que haces, es por los efectos, los efectos que tiene en el paciente.

GC: ¿a qué te refieres con los efectos?, a cambios específicos, a eliminación de síntomas cómo se dice en el ámbito médico clínico o psicológico, ¿o a qué te refieres?

YS: primero sí, por ejemplo con respecto a los **síntomas**, cuando te quieres formar como analista y dices “quiero ser analista y voy a hacerme un análisis” —yo ahora tengo personas que están en formación y que han venido desde esta posición un poco intelectual digamos—y se piensa en eliminar síntomas. Pero es verdad que del lado de los pacientes, en relación con las personas que vienen con sufrimientos indecibles, los síntomas de nuestro tiempo como dice Julia Kristeva, son las nuevas enfermedades del alma, una de las fuerzas que imperan tienen que ver mucho con la depresión y con la ansiedad, entonces sí, luego curiosamente —y eso también lo aprendes en la práctica antes de derivar un caso—, cuando un colega psiquiatra, psicólogo o psicoanalista que te deriva y te dice “te voy a mandar un caso que es muy muy muy difícil” y que al principio te asusta un poco, y luego cuando ya tienes muchísima experiencia sabes que los casos más difíciles son los que, en los efectos con respecto a la victoria sintomática se hacen más evidentes, bastante más evidentes, hay un sufrimiento ahí, que sabes que una vez que se pone en el circuito de la palabra y empiezan a hablar, hay una mejoría sintomática segura, lo interesante es después de esto ¿no? pues luego se olvida incluso el motivo que le trajo a la

consulta y sigue hablando y sigue pensando, y sigue soñando y cobra un sentido para la persona el trabajo, más allá de la efectividad o del objetivo, es otra cosa, pero bueno si el tema de..., y luego hay otra cosa que decía yo, el paciente que viene con síntomas muy floridos que van mejorando y que luego van entrando en la palabra y que luego no sabes cómo ocurrió ¿no?, y luego están los pacientes, que vienen no con síntomas floridos y que al mismo tiempo donde florecen síntomas que son tan fuertes como el miedo, efectivamente dónde hay un cierto levantamiento del inconsciente que genera síntomas o un síntoma por otro, que eso también es verdad que la mejoría sintomática a veces no es fácil porque se cambia el síntoma, pero que siempre hay que mantenerlo como pare de un saber inconsciente, porque es con lo que trabajamos ¿no?

GC: Bueno trabajamos con ese desplazamiento sintomático todo el tiempo, si o es uno es otro

YS: Efectivamente

GC: creo que sería muy interesante retomar como logras obtener esa posición como analista sin una institución en donde predomina la eficacia y como logras o te mantienes en una posición que produzca efectos en estos sujetos aunque sea en este ámbito, con un tiempo límite y una efectividad requerida. Háblame sobre tu incursión en los diferentes ámbitos clínicos en donde tienes que mantener la posición de analista.

YS: A ver, ahora trabajo en una **institución pública** en el ámbito de la valoración de enfermedades neurológicas y demencias. Más allá de que sin duda hay que, al estar en la institución, hay que guiarse por determinados objetivos y una estructura que te implica determinados resultados, a mí me parece que esto no se contrapone a una escucha, es decir, me parece que la diferencia que puede tener alguien con respecto a un psicoanalista o a alguien que trabaja como psicólogo y que es psicoanalista y tiene esta formación a un psicólogo que tiene una posición más conductual, es la posición en la escucha, es decir, que la posición de entrada, es suponer, no suponerte el saber sobre el sufrimiento de la persona que tienes ahí, no dar por sentado que has de intervenir para reestructurar, ni modificar nada, sino que hay un otro con su propio sufrimiento o con su propia vida en que se ha visto afectado o transformado cuando tiene un Parkinson o cuando tiene un Alzheimer inicial con determinado tipo de patología que desde luego hace una postura biográfica y de vida, es decir, lo que hay que hacer es escuchar.

GC: Pero como manejas las demandas institucionales respecto a cierta eficacia, como el manejo de expedientes y cosas encuadres rígidos que tiene la institución para mantener esta posición en donde permites hablar al sujeto sobre cómo se mantiene alrededor de su vida.

YS: pues mira, yo no lo veo como un problema, es más yo lo veo como una oportunidad trabajar en una institución, la cuestión que tiene que ver más con lo burocrático es que lo puedes hacer, no pasa nada, si no te preocupas por ello, es una cosa más a hacer, hay que escribir informes, hay que hacer expedientes y eso es una parte con la que tienes que cumplir, generar un diagnóstico, pues también. Pero una vez a que entras al ámbito, yo creo que esto nos ofrece el espacio de la psicología en sí mismo, más allá de la escena que como psicoanalista creamos para la persona que ha de venir una o dos veces por semana durante determinado tiempo a una escucha donde tienes todo el tiempo del mundo para que se desdoble todo lo que tenga que desdoblarse, pero eso no quita que si yo tenga que ver a una persona durante un tiempo determinado no se pueda abrir a una escucha donde a lo mejor, fíjate que muchas veces incluso notas que la persona te lo dice: “gracias por escucharme” o yo creo que cuando te hablan de la amabilidad o del gesto que has tenido, es que te dicen “gracias por callarte” es que dejas que se desdoble en la palabra y eso siempre, siempre, siempre deja algo, siempre deja algo. Me pasó con una mujer que llegó con un diagnóstico impresionante y de, a ver una especie de, a ver cómo había puesto el psiquiatra algo así como psicosis delirante, somatoforme, enfermedad y tal. Entonces recibo a la mujer y empieza a hablar, vamos una incontinencia verbal impresionante ¿no? Me empieza a contar que el marido tiene Parkinson, que lo tiene que cuidar, que tiene que cambiarle los pañales, que no sabía qué hacer con esto y le daba

desesperación, la escuché y la escuché, no podía hacer más que escucharla. De repente hablé y le dije “es muy difícil lo que usted vive, es muy difícil lo que usted vive” no le dije nada más, me parecía que no había nada más que decir. A esta mujer todo el mundo le iba diciendo que estaba loca porque se quejaba de los apuros y después hubo un silencio, todo el resto del tiempo que estuvo en mi despacho, porque no podía entrar la hija ni el marido, así funcionaba el encuadre del trabajo que estábamos haciendo y las dos nos quedamos calladas, esto acaba de pasar hace tres días, y yo no tenía más que decirle y ella tampoco, hubo un silencio largo, tan largo, que no me ocupé de colocar algo, me dediqué a hacer silencio absoluto, claro era insoportable para nosotros esta incontinencia verbal sin que alguien le dijera que era insoportable y el pobre marido que tenía Parkinson y fue curiosísimo, solo hubo silencio, entro el marido, la hija, preguntó cómo estaba la madre, le dije “habrá que ver como se descarga un poco para que se sienta aliviada, buscar alternativas porque es demasiado”, un poco sin tener que decirle que está loca, ya, me parece que es lo que estaban haciendo. Cuando se van a despedir, la mujer vuelve a entrar y me dice que gracias, que nunca nada le había ayudado tanto como estar ahí. Me dio gracias por un silencio, entonces pues eso tuvo un efecto, un efecto en que ella se sintió bien, no sé si trascendería o no trascendería porque seguramente no la voy a volver a ver, pero creo que hay algo allí, es una posición de escucha del sujeto y no de un objeto de conocimiento sobre el que tú vas a operar para transformar nada y me parece que como psicoanalistas tenemos la ventaja de estar en esto, de colocarse en esa posición.

GC: pero el trabajo de la institución también te exige esos otros conocimientos de psicología, porque te contrataron como psicóloga, me refiero a que el trabajo en la institución como psicoanalista generalmente no son para personas que vengan de otras ramas que no sea de la psicología.

YS: vamos a ver, no es posible, pues para trabajar como psicóloga en una institución hay que ser psicóloga, como para trabajar como médico hay que ser médico y para trabajar como enfermera y luego ya como psicólogo tiene una orientación y esto es así, o sea que alguien que sea filósofo y se haya formado como psicoanalista ¿lo podría hacer? no es algo que le interesaría hacer, lo que pasa es que si has estudiado psicología, te has tragado el DSM IV, V, VI, pues lo aplicas, es que lo veo así. Por lo menos no es algo que me haya ocupado como problema, vamos a ver, sí que es verdad, yo por ejemplo, los estudios en términos académicos que hice después no fueron para psicología, fueron para filosofía y me parece que la filosofía te da una posibilidad de escucha, de comprensión, de construcción que probablemente la psicología en sí misma no te da, pues yo creo que no.

GC: hiciste otro grado más en filosofía o master o es esta posición autodidacta tuya, además del doctorado después, de ir leyendo más sobre eso

YS: a ver con respecto al tema de la filosofía, cuando yo termine la carrera de psicología, hice primero de filosofía y sociología, era un tronco común para filosofía y sociología, y luego me pareció que quería hacer uno de psicología, pero tampoco se trataba de eso. En Filosofía y Letras entonces era un grado en filosofía y sociología, yo no tenía claro si iba a seguir con la filosofía o la sociología, pero en realidad, hice un posgrado en psicología clínica y los estudios que yo he hecho han tenido que ver con la clínica con una orientación psicoanalítica y no con una orientación desde el punto de vista de la psicología académica.

GC: ¿con alguna orientación específica? porque es tan amplia la psicología clínica

YS: a ver, lo que yo hice en psicología clínica, más que Master, experto en psicología clínica, era con una orientación dinámica, pero que tenía que ver con aspectos de la psicología clínica como tal en el sentido más psiquiátrico del término, el DSM IV, hasta me cuesta referirme a eso porque lo veo tan poco, es decir, la clasificación de la psicopatología. Y luego el doctorado, los cursos que hice tienen que ver más con la filosofía que con la psicología. Teoría en Kant, Lenguaje en Hegel, Heidegger, que fue un acercamiento.

GC: ¿esto en tu primer año de filosofía?

YS: en los tres años del curso de posgrado, en los cursos de doctorado, de suficiencia investigadora. Una de las especialidades que hice fue un diplomado de intervención en parejas, que era una orientación sistémica, aparte de la de psicología clínica. Una vez que entro en la institución, llevo ya 9 años, no, ya once años en el área de la enfermedad mental y discapacidad de la Comunidad de Madrid y he tenido la oportunidad de hacer seminarios de formación continua de psicopatología, demencia, muy orientada a la intervención clínica.

GC: lo curioso es que tú dices que entraste a psicología ya sabiendo que me interesaba el psicoanálisis decidiste hacer filosofía. O cómo fue que después hiciste un curso o posgrado en psicología clínica o en pareja cuando lo que te interesaba era el psicoanálisis.

YS: a ver, ya, es que las circunstancias te van exigiendo una serie de requisitos. Yo donde estoy ahora estoy por oposición, tengo que presentarme a oposiciones, dar cuenta, presentar, justificar la formación que tengo para tener puntos y seguir en la institución a mí me gusta el trabajo en instituciones, más allá de tener mi propia consulta. Una cosa no se contrapone con la otra en absoluto. Y luego, yo no creo que un master en psicoanálisis te haga psicoanalista, yo tengo otra concepción del estudio del psicoanálisis.

GC: es así la cosa no pasa por ahí. A esta cuestión de ir agarrando en relación con la institución, las herramientas para continuar en la institución.

YS: también es verdad, si haces la referencia que haces a dónde vienes, cobra sentido una vez que digo que desde la psicología y eso ha tenido consecuencias en mi vida profesional, yo vivo de mi profesión desde siempre, y he tenido muchas posibilidades de trabajar en la institución y he aprendido muchísimo, porque tener la oportunidad de estar con otros colegas y otros profesionales a mí me ha servido mucho, yo no reniego de haber estudiado psicología, me hubiera encantado estudiar filosofía, pero no sé si hubiera tenido las posibilidades de trabajo y de experiencia profesional que tengo o que he tenido.

GC: porque hay psicoanalistas que viniendo de la psicología prefieren dedicarse solo a su consulta que estar en la institución, pero tu claramente dices que te gusta el trabajo de la institución

YS: a ver, vamos a ver, yo ahora lo podría hacer, desde hace unos años que lo podría hacer. Yo estuve tres años dedicada totalmente a la consulta, luego tuve la oportunidad porque había hecho una oposición y un día me llaman, me mandan un telegrama yo no dudé, creo que es de las cosas más grandes que he tenido. Y quise darme la oportunidad en este trabajo y para mí está bien. El trabajo como psicoanalista es muy muy solitario, dedicarme por las tarde a la consulta y por la mañana en la institución me da oportunidades de intercambio y relación con otros compañeros y colegas y eso a mí me gusta mucho.

GC: bueno pues creo que ahora sí, acabamos por hoy con este tema y continuamos en la que sigue con otros.

YS: yo pensé que ya habíamos terminado.

Junio de 2017

Entrevista 7:

G: Buenas tardes, muchas gracias por acceder a esta entrevista. Se trata un poco de compartir tu experiencia clínica a lo largo de los años y mirar el impacto del psicoanálisis en tu práctica como médico, como clínico e incluso si nos quieres compartir algo como en tu vida, estaría más que excelente. Luego compartir algunas cuestiones en relación a casos específicos de la clínica si es que pudieras hacerlo. Empezaría por preguntarte un poco sobre tu **formación**, como es que a llegaste al psicoanálisis, desde dónde llegaste y que te motivó a ello.

IA: Bueno con respeto a mi formación yo soy médico y luego hice la especialidad de psiquiatría. Es decir que la llegada al psicoanálisis es por esta vía. Entonces tendría que decir primero porqué elegí el camino de la medicina, luego por qué el de la psiquiatría y luego porqué intenté ir más allá de la psiquiatría, hacia el campo del psicoanálisis. Bueno, lo de la **medicina**, yo creo que es una carrera muy vocacional, que en mi familia ha habido médicos con los que yo he tenido bastante relación, sobre todo con un primo hermano de mi madre que era internista, que ya ha fallecido y que estaba muy relacionado con mi familia, era como el médico de cabecera de mi familia y su padre también era médico, eran médicos muy vocacionales muy entregados a la medicina. Y a mí más que la medicina en sí misma, porque yo al principio no tenía claro que es lo que quería hacer dentro de la medicina, lo que me llamaba la atención era el aspecto vocacional de la medicina, más que nada.

G: ¿A qué te refieres con el **aspecto vocacional**?

IA: Aspecto vocacional, pues eso, al trato con los demás, el contacto con las personas, con la realidad con las personas, y desgraciadamente en la vida pues una realidad muy presente es la enfermedad, eso es evidente ¿no?, y me parecía como una carrera que se pone en contacto con una realidad, como se dice en el psicoanálisis, con un real ¿no? Entonces bueno ahí los puentes, los ferrocarriles, hay muchas carreras que tienen que ver con otras realidades, pero probablemente la medicina que siempre se ha considerado una carrera muy humanista, pues tenga que ver con la realidad más real de los seres humanos, que es con la vida y con la muerte ¿no? Bueno pues a mí, me atrajo esa dimensión de la medicina que tiene que ver con el saber, con el cuerpo, con las enfermedades, con los sufrimientos, con lo que tiene que ver con el núcleo y la esencia de la vida de las personas.

G: ¿Desde cuándo recuerdas tú que querías ser médico?

IA: No tengo una noción clara de, es como un proceso que se produjo en mí, pero más como inconsciente, es decir, no que en un momento dado me pusiese a pensar “quiero ser médico” sino que algo me empujó hacia ese camino, pero sin que yo tenga una conciencia clara de que en un determinado momento yo me decidiese a ser médico, incluso ahora yo tampoco sabría situarlo, más bien como algo a lo que uno llega, como algo con lo que uno se encuentra. Pero a diferencia de la elección de la especialidad de psiquiatría, que eso yo sí que tengo la sensación de que en un momento dado me paré a pensar que especialidad quería a través de la medicina. Pero con respecto a la elección carrera de medicina fue algo más insensible, más inconsciente.

G: No probaste otras carreras, te fuiste derecho ahí.

IA: No, no derecho, pero ahora que lo estoy pensando en alto, como que estoy descubriendo cosas que a lo mejor las tenía ahí en el interior, pero no las había pensado, pero no fue por descartar otras cosas. Bueno porque, en mi familia había, por un lado estaba la rama paterna, por así decirlo, mi padre que era arquitecto y luego esto de la medicina venía más por la vía materna, el primo del que te he hablado era un primo hermano de mi madre y mi madre era enfermera, que antes no era una carrera exactamente vamos, era lo que se llama ahora de formación profesional, pero bueno ella era enfermera, y entre la arquitectura y la medicina, lo que venía de mi padre y lo que venía de mi madre, parece ser que yo me decanté más hacia el lado de mi madre, si tengo una conciencia clara de que viene más del lado materno que del lado de mi padre, porque la arquitectura siempre me ha atraído como profesión, pero nunca se me

ha dado bien, tengo una especie una cosa ambivalente con lo de la arquitectura, pero bueno yo localizaría ahí dos cosas, el tema este de lo vocacional y el contacto con el otro, no porque yo tenga alguna enfermedad, digo no por compensar alguna enfermedad orgánica, sino más bien siempre me han interesado los trabajos en que tiene un contacto con la gente, en que se pueda hacer una cosa amorosa como son las enfermedades, pero bueno también está el que uno cura a los enfermos o que les produce un alivio ¿no? Y entonces, con respecto al espíritu de la medicina lo saqué más de mi padre, que le gustaba el contacto con los demás, a ese respecto yo creo que ahí hay algo de mi padre y no algo de mi madre, algo de los dos, la elección es un poco de algo familiar, pero también cogiendo cosas de mi madre y de mi padre, la elección no es la elección de una carrera, de un conocimiento, de un saber, sino como algo de valores familiares, como relacionarse con los demás, pues sí yo tengo la sensación de una elección vocacional, pero no por tradición familiar, sino por recoger determinados valores familiares que en un momento dado inconscientemente es lo que me llevan a decidir, también puedo realizar estos valores familiares de encuentro con los otros, de solidaridad con los otros, de contacto con los otros, pues es en la medicina.

G: ¿Y en el paso a la psiquiatría?

IA: Lo de la **psiquiatría**, no es que sea más complejo, pero si en un momento dado yo me plantee que especialidad quiero elegir, e inicialmente a mí me interesaba la parte infantil, vamos la psiquiatría infantil, pensé que me podría interesar eso, el trabajo neuro psiquiátrico con niños y adolescentes. Lo veo como un primer movimiento, un primer impulso hacia la psiquiatría, porque en otras especialidades, no sé, yo pensaba que era la mejor en que iba a encajar con mis cualidades, con mis limitaciones, probablemente con mis neurosis ¿no?

G: La formación psiquiátrica ¿tenía ya un encaminamiento, un camino hecho, o una rama de psiquiatría infantil o desde la psiquiatría general?

IA: no, yo lo traté como un deseo mío, como un interés mío, pero no existe en España tal especialidad, pero a mí me interesaba el tema de lo que tiene que ver con el problema de la salud mental o con los problemas psíquicos de los niños y de los adolescentes, hacia la psiquiatría más en general, pero luego en lo primero que pensé, fue que a lo mejor me gustaría trabajar en el campo de la psiquiatría infantil. Entonces sí que tuve conocimiento y me acerqué un poco a través de un psiquiatra que es vasco de origen moro, ahora ya fallecido, que trabajó mucho tiempo en Suiza y que fue un pionero en el tema de la psiquiatría infantil y se llamaba Ajuliaguerra, bueno yo soy de origen vasco y puede haber ahí una cosa de estas de lo inconsciente ¿no?, pero él se fue de España, estuvo trabajando en Suiza escribió un tratado de psiquiatría infantil y del adolescente “Tratado de Psiquiatría infantil y del adolescente” de Julián de Ajuliaguerra ahora no me acuerdo muy bien, pero a mí me interesó eso, estuve estudiando el libraco grandísimo, pero también me interesó este hombre, un español exilado, todo su recorrido y tal.

G: ¿Y cómo empezó tu **desempeño profesional** en la psiquiatría?

IA: de mi desempeño profesional, tuve que hacer primero la especialidad de psiquiatría, cuando terminabas la carrera de medicina te presentabas al MIR, que es la oposición de Médico Interno Residente para formarte como especialista, presentas el examen MIR para todos los médicos de España, a esa promoción, es como una oposición porque no se trata solo de no suspender, sino que tienes que competir con el resto de los médicos, y entonces a partir de la nota más alta, según la nota que habías sacado ocupas un determinado puesto. A mí me salió muy bien el examen, mi expediente no era maravilloso, aunque tampoco tenía un expediente malísimo, no podía competir con otros expedientes, pero el examen la verdad es que me salió muy bien, de hecho saqué la segunda nota del examen, porque luego era un 80% la nota del examen del MIR y un 20% el expediente, y entonces bueno mi expediente era regular, pero al sacar esa segunda mejor nota pude elegir cualquier especialidad y bueno así inicié esa aventura de la psiquiatría cuyas motivaciones profundas tampoco las tengo claras. Entonces ahora tampoco te sabría

decir exactamente por qué elegí psiquiatría entre otras cosas que he comenzado, solo lo de Ajuliaguerra, mi origen vasco, mi historia, vamos toda la familia de mi padre de origen vasco y mi abuelo también. Bueno el caso es que al final elegí aquí en Madrid, por el número que tenía muy bueno y me estuve enterando de los hospitales donde uno se podría formar mejor como psiquiatra y bueno al final en el 12 de octubre me dijeron que era mejor elegir un hospital que tuviese camas, porque así podía ver enfermos graves, enfermos ingresados, enfermos ambulatorios y entonces elegí el Ramón y Cajal que es uno de los más grandes hospitales de Madrid y que tenía 20 camas de psiquiatría. Y bueno ahí fue donde empecé mi especialidad de psiquiatría que duró 4 años, fue un poco accidentada porque el jefe de servicio era –porque también ha fallecido– López Ibor, el hijo del famoso Juan José López Ibor, fue como el fundador de la psiquiatría española ¿no?, y este es uno de sus hijos, el hijo mayor que se llamaba como el padre, Juan José, pero este hombre era de un trato muy difícil, muy distante, se creía que pertenecía a la aristocracia como psiquiatra y a nosotros los pobres residentes nos miraba desde encima y éramos como lo último de lo último. Además era un hombre de una orientación muy organicista, muy biologicista. Y a mí, bueno, incluso en el Ramón y Cajal pues la corriente era más bien de tipo Psiquiatría biológica, pero bueno yo me fui forjando con los enfermos, como todos.

G: ¿qué otras ramas hay en la psiquiatría además de la psiquiatría biologicista?

IA: Bueno hay muchas ramas, hay dos grandes ramas, la psiquiatría biológica, que es la que impera y fue adquiriendo más presencia, luego la psiquiatría dinámica y la psiquiatría clásica. Se podría hablar de **tres ramas de la psiquiatría**, la *psiquiatría clásica* de donde vienen los grandes psiquiatras, en donde hay dos grandes corrientes, la psiquiatría francesa con Henry Ey y luego la *psiquiatría alemana*, de donde proviene la terminología psiquiátrica y grandes psiquiatras como Kraepelin que también era un neuropsiquiatra dinámico que se formó con Freud y el psicoanálisis. Luego está la *psiquiatría francesa* que fue una escuela bastante ecléctica, con Henry Ey, fundador de la escuela de psiquiatría francesa que toma cosas de la neurología, pero también muchas cosas incluso del psicoanálisis y de la psiquiatría clásica, entonces es un escuela bastante seria e interesante, y la que me interesó bastante fue la de la psiquiatría francesa, con muy buenos clínicos, como muy clínica y que luego, es capaz de acoger digamos inspiraciones de muchísimas ramas, incluso del psicoanálisis. Luego está la *psiquiatría biológica* que es la que maneja más los psicofármacos y considera que las enfermedades mentales son enfermedades orgánicas, esta escuela biologicista era la escuela que imperaba en el Ramón y Cajal. Pero ahí bueno, dentro de los psiquiatras yo me encontré con un psiquiatra que luego fue amigo y maestro mío, que ya ha fallecido, que se llamaba Pachimino Lozano, que se formó en Salamanca también con López Ibor, se vino con él a Madrid y era una persona muy interesada en el psicoanálisis. Que no desconocía todas las herramientas de la psiquiatría, los psicofármacos de la clínica psiquiátrica, pero su orientación era fundamentalmente psicoanalítica y entonces a mí me abrió una perspectiva diferente, o sea la psiquiatría biológica me parecía muy plana, incluso bastante pobre y clínicamente, con respecto al tema del trabajo con los enfermos, o sea me parecía que tenía muy pocas herramientas, pues hacer un diagnóstico y mandar un psicofármaco se me hacía muy pobre. Entonces se me abrió otra perspectiva que es a través de esta persona, y me pegué al él por así decirlo, como hace todo el mundo que empieza, mira un poco a su alrededor a ver con quien me interesa estar, a quien me interesa seguir y pues entonces esta persona me pareció el más sólido y eso fue un primer encuentro con el psicoanálisis, porque Maximino Lozano tenía una formación psicoanalítica bastante fuerte.

GC: Pero entonces ¿tú pasaste por el trabajo clínico psiquiátrico antes que por el psicoanalítico o un deslizamiento de uno a otro sin una diferenciación tajante entre ambos?

IA: yo hacía un trabajo psiquiátrico, primero tuve que aprender digamos los rudimentos y las herramientas en psiquiatría, porque ahí nos estábamos formando como especialistas de la psiquiatría, yo nunca deseche estos instrumentos, yo trataba de aprender lo más que podía, las

cosas de la psiquiatría, pero llegó un momento en que me parecía insuficiente, es decir, que tenía un límite, exactamente no es que de repente dejara la psiquiatría y me volviese un anti psiquiatra, sino que me parecía que yo mismo en mi aprendizaje había llegado a un límite con respecto a lo que podía avanzar en el campo de la psiquiatría. Estando en la residencia empecé a buscar otras cosas, incluso con respecto a la formación, porque ahí no se daba una **formación psicoanalítica**. Y entonces pues intenté hacer mis pinitos fuera del hospital y buscar, a lo mejor inicialmente no exactamente en el psicoanálisis, pero sí de investigación psicoanalítica. Y había una persona que era muy famoso, que muchísimos residentes se formaban con este psicoanalista, que se me acaba de olvidar el nombre, era un hombre que tenía como una escuela también, que daban las era un argentino, tenía un curso de introducción al psicoanálisis y te iba hablando de las diferentes escuelas Kleiniana, Bion, Winnicott, etc, entonces inicialmente como una formación mía fuera del hospital, un poco para contrarrestar la formación del hospital que era muy biologicista, pues con este hombre que cuyo nombre no me acuerdo y ese fue mi primer contacto.

GC: ¿quién sería? Bleichmar?

IA: eso Bleichmar, no me acordaba, Bleichmar, pero tampoco me convenció mucho, me parecía que pecaba un poco del mismo pecado que la psiquiatría, que hablaba de todo, pero sin profundizar mucho en nada, todo quedaba muy colocadito a nivel del psicoanálisis, y luego no me gustaba, me parecía un estilo un poco comercial del psicoanálisis y entonces, no me atrajo, no me sedujo mucho. Yo estaba buscando alguna cosa más verdadera, no tanto por conocer muchas cosas de psicoanálisis o muchas cosas de psiquiatría, pero una cosa que a mí me enganchara. Luego hice también una **supervisión de casos**, a ver como se plantean los psicoanalistas los casos, me iba haciendo durante un tiempo una supervisión con un psicoanalista que me la recomendó alguien,

G: IA: Entonces en la psiquiatría no me había encontrado algo que me enganchara mucho y esto parecía una ampliación del saber psiquiátrico, pero la transmisión del psicoanálisis no me interesaba mucho, y luego hice también una **supervisión de casos en el psicoanálisis** como para ver cómo se plantean los psicoanalistas los casos, para poder compararlo, pues ya más o menos sabía cómo se los planteaban los psiquiatras y ahora quería saber cómo se lo planteaba los psicoanalistas. Iba haciendo durante algún tiempo una supervisión con un psicoanalista que se llama Lina, me la recomendó alguien y no recuerdo exactamente quién y eso me pareció más interesante, aquí hay una especie como de escalonamiento, o sea la psiquiatría me interesaba mucho, con Bleichmar un poquito más, y esto me interesó todavía más. Y ahí encontré una forma de pensar los casos clínicos que no era la de la psiquiatría, que tiene sus bemoles también, no solo por la psiquiatría en sí, sino por los psiquiatras.

GC:Y después a estas incursiones ¿tú tuviste que hacer una elección teórica respecto del psicoanálisis?, así como hay tantas ramas dentro de la psiquiatría, dentro de las distintas escuelas psicoanalíticas, quedarte con un determinado autor que a ti te interesó o ¿estuviste probando y mirando, o cómo comenzó tu formación psicoanalítica?

IA: Pues otra vez de este Maximino Lozano que se formaba con un grupo, que ya desapareció porque se integró en el Campo Freudiano, que se llamaba Serie Psicoanalítica, cuyas dos cabezas eran Jorge Alemán y Sergio Barraera. Entonces como yo me estaba formando con este psiquiatra Maximino Lozano, me acerqué a hablarlo con él y me dijo que él se formaba ahí con estos dos psicoanalistas, entonces me apunté a hacer cursos ahí y eso era más interesante, eran psicoanalistas de orientación lacaniana, bueno hice un curso, un seminario sobre la Psicosis que me interesó mucho y que lo daban estos dos Jorge Alemán y Sergio Barraera, y ese fue mi segundo contacto después de Maximino Lozano que era también psicoanalista, él se presentaba como psiquiatra psicoanalista hasta que se murió, él seguía siendo psiquiatra y psicoanalista y dentro del psicoanálisis, él había elegido ser psicoanalista lacaniano. Era muy amigo Enrique Arribas que había trabajado toda la vida en instituciones públicas de salud mental como

psiquiatra, también estaba formado como psicoanalista y le interesaba el psicoanálisis lacaniano. Mi primer contacto con el psicoanálisis lacaniano fue con Maximino Lozano y eso ya me interesó más, me parece un discurso más potente porque daba cuenta de una forma más fiel a la clínica del sujeto humano.

GC: pero no tuviste que pasar por otro tipo de escuela como americana, inglesa, Klein...

IA: no, porque no había formación específica del psicoanálisis. Había la formación para los residentes, a lo mejor iba a alguien y hablaba de cuestiones de psiquiatría dinámica con una cierta inspiración psicoanalítica, porque utiliza algunas herramientas del psicoanálisis para comprender a los enfermos y para interpretar los síntomas, pero en psicoanálisis aquí en España, digamos siempre ha habido un choque, más bien un rechazo de la psiquiatría al psicoanálisis, por lo tanto, lo que tiene que ver con el psicoanálisis yo tuve que buscarlo por mi cuenta, seguí formándome como médico residente hasta llegar a ser psiquiatra, pero en algún momento dado descubrí que lo que a mí me interesaba era el psicoanálisis. Y que me interesaba en particular Lacan y mi primer contacto con Lacan fue a través de estos dos.

GC: Has mencionado dos cosas importantes dentro de la formación del psicoanalista como la supervisión y la cuestión teórica, pero y por donde pasó **tu análisis**, qué impacto tuvo en tu formación y en tu desempeño clínico.

IA: ¿mi análisis?, yo terminé la residencia y empecé mi análisis cuando empecé a trabajar en el Centro de salud mental de Ciudad Lineal donde inicialmente estaba, ahí entre Arturo Soria y la calle Alcalá, bueno ahí había dos personas, Enrique Arribas que era el maestro y antiguo amigo de Maximino Lozano, y también Ricardo Saleigh, y los dos tenían una orientación psicoanalítica. Enrique Arribas era psiquiatra y psicoanalista y Ricardo Saleigh era médico y psicoanalista. No es que hicieran un centro monográfico de psicoanálisis, pero dentro de la psiquiatría dentro de la salud comunitaria madrileña ellos querían implantar un centro de salud mental inspirado en el psicoanálisis, y sobre todo querían poner a prueba la potencia del psicoanálisis con respecto al tratamiento de la psicosis, es decir, hasta qué punto digamos como dice Lacan, que no hay que retroceder ante la psicosis, pues eso ellos querían llevar a la práctica institucional, no solo a la práctica psicoanalítica, sino poner a prueba el psicoanálisis como una herramienta válida para el trabajo en las instituciones porque la mayoría de los psicóticos se curan por los circuitos institucionales de la psiquiatría y en la salud con mental comunitaria. El mismo Enrique Arribas había trabajado mucho y había pertenecido a la corriente de la anti psiquiatría y de la desinstitutionalización, y entonces a partir de esa corriente había encontrado en el psicoanálisis una cosa que iba más allá de la denuncia de la psiquiatría como movimiento, porque la teoría de la psiquiatría se parece a veces a una cama de torturas, pero como nadie sabe qué hacer con los locos, se han hecho cosas verdaderamente increíbles y sorprendentes. La psiquiatría sacaba a los enfermos de los asilos, de los manicomios para tratar de reinsertarlos en su ambiente, en su familia, en su barrio, en su ciudad, romper las cadenas de los enfermos. Entonces yo al salir de la residencia Maximino Lozano sabía que yo tenía una inquietud y una vocación por el psicoanálisis.

GC: con ellos comenzaste tu análisis

IA: con ellos no, yo no me analice con ninguno de ellos, Sí que intente hacer unos cursos de psicoanálisis con Ricardo Saleigh que hacía en su casa, también con Arribas y otros psicoanalistas, y luego lo del psicoanálisis –lógicamente para trabajar como psicoanalista te tienes que psicoanalizar– dicen por ahí que hay psicoanalistas que no sean psicoanalizado o que se han psicoanalizado muy mal, es decir que, así como para ser psiquiatra no te tienes que psiquiatrizar porque es una especialidad médica, pero sí sabemos que para trabajar con el inconsciente te tienes que psicoanalizar, si no es imposible trabajar con el inconsciente. Entonces yo me empecé a psicoanalizarme trabajando ya como psiquiatra, primero con una psicoanalista que se llamaba Lidia Alzraqui, trabajaba en una institución que ya desapareció, que se llamaba el CEPIP, bueno era amiga de Ricardo y de su mujer, de Mabel y también en esa

institución CEPIP trabajaba un psicoanalista, que trabaja en este edificio que se llama Sabin Aduris ya no me acuerdo muy bien, el caso es que al final lo contacte y me dio el dato de esta mujer, una psicoanalista con mucha experiencia y que se toma en serio el psicoanálisis, con ella hice mi primer análisis. Bueno me fue muy bien en ese momento yo creo que fue un buen análisis porque me dejó un capital que me ha servido o que me sirvió no solo para ese momento o para ese tiempo o esa época de mi vida, sino como que dejó una marca, una impronta que determinó o sobre determinó mi relación con el psicoanálisis.

GC: ¿Impacto tu práctica clínica desde el inicio?

IA: mi práctica clínica y sobre todo mi relación con el psicoanálisis, es como que yo descubrí ahí que el psicoanálisis es una cosa seria, es decir, es algo que va en serio, que si las cosas que tratan los psicoanalistas son las cosas de la vida y no quiere decir que las traten con seriedad y solemnidad, pero el psicoanálisis hay que tomárselo en serio porque tengo la impresión, bueno es una impresión mía, que dentro del psicoanálisis hay psicoanalistas que toman en psicoanálisis como no muy en serio, sólo como una profesión.

GC: ¿Qué sería tomárselo en serio?

IA: tomárselo en serio sería como dice Lacan, saber que tienen el arma más poderosa en sus manos y bueno a la hora de hacer uso de esta arma, puedes hacer un buen uso o puedes producir desgaste, Entonces esto les puede pasar a los cirujanos que en un momento dado, al intervenir a una persona, saben que tienen una herramienta muy poderosa y tienen que hacer un muy buen uso de herramienta vamos de su saber como cirujanos, y entonces como todo en la vida, me he encontrado con gente que se ha tomado frívolamente el psicoanálisis y pues yo hice una experiencia de psicoanálisis que fue fuerte, fue difícil, a veces tormentosa, pero que en algún momento tuve la sensación de que ahí se estaban tratando cosas importantes más que tenían que ver con mi verdad y eso era difícil, yo sentía a veces hacia mi psicoanalista que la quería matar porque me decía cosas que yo no entendía o que me parecen injustas, o que me tenía que tratar mejor o con más amor y tal, pero siempre tuve la sensación de que ella siempre se atuvo a una cosa, que era mi verdad, y nosotros solemos tener una cierta ceguera con respecto a nuestra verdad, pero ella se mantenía firme, no dogmática, pero que había una verdad que había porque preservar ahí y había que saber que la verdad duele. O sea que uno **no puede acceder a la verdad sin dolor**, pero que no es buscar el dolor por el dolor o el sufrimiento, sino que la verdad lleva aparejado el dolor y desde luego acceder a esa verdad no es que desaparezca el dolor, pero ya quedé en un segundo plano, entonces tuve una serie de intuiciones, una serie de experiencias que estuvieron muy encarnadas y que a mi me sirvieron como un capital que yo fui acumulando y que todavía tiró de él, o sea que todavía me está produciendo intereses, no es un capital que se desvaneció o se evaporó, esto del psicoanálisis es una carrera interminable, infinita, que cuando uno ya lleva 40 años tiene la sensación de que está empezando o que está aprendiendo apenas el abecedario del psicoanálisis, bueno esto son apreciaciones muy subjetivas más que te pueden llevar a la melancolía o a la reflexión sobre lo compleja que es la subjetividad humana y que normalmente uno, en el concepto de la subjetividad humana se la pasa metido en el laberinto, en los callejones sin salida y no trata de ir captando, no se trata de saber muchas cosas del psicoanálisis, sino captar lo que es la esencia del psicoanálisis o del acto analítico y se lleva mucho tiempo, más que saber muchas cosas es como desaprender muchas cosas, esta es una reflexión que yo he hecho últimamente

GC: ¿qué tuviste que desaprender?

IA: tuve que desaprender casi todo

GC: ¿pero en relación a tu profesión como médico, como psiquiatra o en relación a tu progresiva evolución en tu **posición como analista**?

IA: yo creo que hay que desaprender todas las cosas que te impiden escuchar al sujeto, y son muchas. Uno está lleno hasta arriba de prejuicios, de saberes inciertos, como diría Descartes, de

angustias y de mil cosas, yo creo que lo más difícil para cualquier sujeto es la temática de su relación al Otro, porque el Otro del psicoanalista es el analizante es una cosa difícilísimo, es un reto para cualquier psicoanalista porque la tendencia de todos los psicoanalistas y de los no psicoanalistas es defenderse frente al Otro, digamos que nuestra vida es una serie de defensas porque el Otro es angustiante. Entonces el psicoanalista tiene que procurar digamos que el otro más concreto y más real que tiene que emerger es el analizante a través de su discurso. En mi experiencia es que uno como psicoanalista, también se defiende como gato panza arriba frente a ese que es angustiante de por sí. Es angustiante porque el contacto con el Otro es lo que nos hace, es donde nos jugamos nuestro ser y nuestra existencia para mal y para bien, y toda la clínica psicoanalítica, toda la clínica del ser humano lo que pone de manifiesto toda la psicopatología, toda la neurosis y toda la psicosis, se forma, se constituye o se gesta en relación con el Otro, lo cual es el punto crítico más delicado en cualquier sujeto. Entonces para el psicoanalista digamos, yo creo que por eso es una profesión imposible. ¿Cuáles son las profesiones que Freud llama imposibles?, en todas las profesiones en las que tienen que ver el encuentro más verdadero con el Otro, como son educar, gobernar y psicoanalizar, es decir lo que tiene que ver con los sujetos humanos y los puntos más problemáticos en la relación con la polis, en la sociedad, en la relación con su inconsciente. Y entonces, yo creo que esto que llama Lacan, esto de poner en función de acto el deseo del analista, es decir, un núcleo de verdad que está ahí, pero que está rodeado de un caparazón de miles y miles de cosas y de defensas de uno tiene que ir poco a poco eliminando para poder trabajar como psicoanalista. Mi historia como psicoanalista ha sido una historia de desaprendizajes, de poder eliminar una serie de saberes espurios, que en un momento determinado uno podría considerar que son verdaderos, pues dentro del psicoanálisis uno puede utilizar el saber psicoanalítico de una forma espuria, falsa, no verdadera y creo que la forma verdadera de utilizar el saber del psicoanálisis que se pone a prueba en el encuentro con el Otro. Cualquier saber que actúe como un obstáculo para poder encontrarse con el Otro, pues esto es una defensa sinceramente, y el psicoanálisis mismo puede actuar como una defensa, uno a veces acumula saber, saber psicoanalítico, es decir, como hace el obsesivo, para no utilizar nada o saber de ese otro, de su condición otra...

G: Tengo entendido que tu trabajas en la **institución** y también en la práctica privada

IA: Sí he logrado, yo creo, porque a mí me cuesta mucho, no disociar mi práctica privada de mi práctica institucional, yo nunca he querido hacer un psicoanálisis para lo público y un psicoanálisis para lo privado, yo ahí sí me he mantenido firme en el sentido de no apartarme del rumbo, no sé cómo se puede aplicar el psicoanálisis a la práctica institucional donde uno se encuentra con muchos obstáculos para practicarlo, el propio rechazo de la institución al psicoanálisis, el tipo de pacientes que van a la institución, que a veces simplemente van a que se escuden en sus síntomas, el tiempo. Bueno este tema está muy trabajado y hay muchos aportes al respecto. Creo que el mayor peligro es que el analista disocie su ser o su condición de psicoanalista, “cuando trabajo en la institución no soy psicoanalista, trabajo como psiquiatra, donde verdaderamente trabajo como psicoanalista es en la práctica privada”, y a mí siempre eso me ha parecido una aberración. Entonces a pesar de las dificultades con las que me he podido encontrar a la hora de trabajar como analista en la institución siempre me he mantenido firme.

GC: en la institución trabajas directamente con psicosis o con todo tipo de síntomas

IA: con todo tipo de síntomas

GC: y las indicaciones ¿tienen que ver con el tipo de pacientes que se atienden, con el costo de las sesiones con la posibilidad de utilizar el dispositivo analítico del diván en la institución?

IA: todos son indicaciones pero luego uno va descubriendo que ninguna de estas cosas hacen la verdad del psicoanálisis o la esencia del psicoanálisis, que todas estas cosas son obstáculos, pero como puede haber otros, los obstáculos en la práctica privada, la cuestión es cómo ir depurando en la propia relación de uno con psicoanálisis, cual es de verdad el psicoanálisis y con qué

verdad trabaja uno como psicoanalista, esto requiere mucho tiempo, requiere mucho esfuerzo, requiere de análisis personal, de tratar de separar el trigo de la paja, porque a veces la paja puede aparecer en primer plano. Respecto del diván, incluso en mi práctica privada no siempre trabajo con él, depende mucho del paciente, pues de repente uno trabaja en el diván o trabaja cara a cara. En la institución no tienes esa posibilidad, pero después de muchos años no me parece que sea obstáculo, y luego con los pacientes de la institución, probablemente a lo mejor haya sido una vía más larga, incluso más celosa ¿no? Digamos que es cómo subir el Himalaya por la cara más difícil, tratar de trabajar verdaderamente con los pacientes psiquiátricos en la institución con la herramienta del psicoanálisis, o sea a lo mejor uno puede subir –yo qué sé–, de manera que la ascensión sea más fácil, pero he pasado realmente bastantes penalidades.

GC: cuáles han sido los mayores obstáculos para trabajar el **psicoanálisis en la institución**

IA: múltiples, pero sobre todo siempre son de la propia persona, hay múltiples dificultades con otros psiquiatras, con otros psicoanalistas, pero no es inocente trabajar en este ámbito, yo no soy ningún santo, ni tengo vocación de mártir, pero cuando uno trabaja con la verdad del psicoanálisis o psicoanalíticamente, tiene consecuencias sobre uno mismo, sobre los pacientes, en la relación con otros psiquiatras, con otros psiquiatras que son psicoanalistas y con otros psicoanalistas que no son psiquiatras y que no son agradables ni felices, bueno eso ya lo experimentó Freud desde el principio, el rechazo de toda la institución psiquiátrica con el propio Breuer y estas dificultades para sostener su trabajo como psicoanalista en la institución, hay quien no lo soporta a nivel de los compañeros, yo creo que con los pacientes es que hay menos problema sinceramente, ellos están esperando al psicoanalista y con ellos yo no he tenido muchas dificultades. Creo que las mayores dificultades son con la propia persona, con uno mismo, con su ser, con la neurosis que uno tiene, con las propias resistencias, creo que hay muchas dificultades y en el centro está el propio psicoanalista y luego hay una serie de obstáculos múltiples, pero que ninguno son insuperables.

GC: pero dices que tienes los menores dificultades con los pacientes, en la institución tú le abres a tu paciente, el paciente entra y nadie de afuera se entera como trabajas con el.

IA: Sí que se enteran, el inconsciente se transmite inconscientemente. Es cierto tienes razón uno tiene una capacidad de maniobra, nosotros los médicos respetamos el espacio con los pacientes, nadie se tiene que meter en la relación con el paciente, nadie se entera cómo trabajas con ellos, pero todo se transmite, si saben si el paciente se ingresa o no se ingresa, si le mandas mucha medicación o poca medicación, si viene pocas o muchas veces, lo que transmites en los ateneos clínicos, todo se transmite, no hay como una ética que es imposible no pisar, más en nuestro campo. A lo mejor bueno –yo que sé–, hay cardiólogos mejores y peores, tengo muchísimos amigos médicos que hablan de otros médicos y dicen “este trata muy mal a los pacientes, o este trata mucho mejor a los pacientes” en la medicina pues todo se sabe, más porque trabajamos con sujetos humanos, pues la cuestión de cómo los abordas, si eres una persona que se dedica, si escuchas a los pacientes o si te limitas a darles una medicación, nada es inocente en nuestro campo, pero al final todo el mundo se conoce. Entonces bueno yo, la verdad es que no tengo muchas cualidades, ni me considero un genio de psicoanálisis, pero me he mantenido firme en algunos principios y esto al final me ha dado réditos o sea nunca me ha faltado tratar de ver siempre el psicoanálisis como algo verdadero, el psicoanálisis como saber más, no me interesa.

GC: y ¿cómo has notado tú, por ejemplo, el cambio la transformación de los síntomas de la época actual?, sí ha habido a lo largo de tu práctica clínica un cambio en las manifestaciones sintomáticas, es decir, así como podemos decir que no son las mismas manifestaciones en los tiempos de Freud a las de ahora, en tu práctica clínica, si has notado en esta época una evolución de la sintomatología. No me refiero al cambio los pacientes en le sentido de los resultados del análisis, sino en la presentación de los síntomas

IA: bueno es un tema difícil. Si yo tuviese que hablar de cuando me empecé a formar como psiquiatra, desde la residencia hasta ahora, yo sinceramente no he encontrado algo que a mí me permita decir que ha habido un cambio radical en los síntomas como paradigma. Es cierto que la demanda depende de la oferta y luego inicialmente hay gente se engancha a la oferta y la demanda a partir de la cual, se dirige al psicoanalista, está en relación digamos con el síntoma tal y como se presenta a nivel social, pero bueno eso a mí nunca me ha interesado mucho, así como la psiquiatría se queda muy detenida en las manifestaciones más sintomáticas de las enfermedades mentales, el DSM III, IV, IV-R y tal, eso es precisamente lo que menos me interesó de la psiquiatría y es una de las cosas por las que me decidí por el psicoanálisis, porque no se detenía en la superficie del síntoma o en el síntoma como algo superficial, sino que iba a tratar de desentrañar o descifrar la verdad del síntoma. Y con respecto al paradigma del síntoma, entiendo más bien, si hay más bien síntomas que favorecen más las manifestaciones de la subjetividad o síntomas que la dificultan más, síntomas más cerrados o más abiertos a la subjetividad, puede ser, puede ser, pero en este caso, como sabemos, es uno por uno, pues habría que decir que la sintomatología también es uno por uno. El otro día escuchando un psicoanalista, decía que no hay un síntoma igual que a otro, y tenía razón, lo que pasa es que hay que tener una cierta base para escuchar, está percepción del síntoma que cada síntoma es diferente a otros síntomas aunque aparente sean igual, eso sólo se capta en la escucha del sujeto y los matices surgen a partir de la escucha psicoanalítica. Yo cada vez, hablando de mi praxis actual, no es que no me preocupe del síntoma o no me parezca importante, sino me interesa más bien el discurso del sujeto que se anida al síntoma o el síntoma del sujeto que se anuda a su verdad. Y entonces a ese nivel, sí efectivamente ha habido cambios en los paradigmas del síntoma, pero cuando uno se centra más en las profundidades del síntoma, en los laberintos del síntoma yo creo que uno se olvida de... por ejemplo una anorexia nerviosa es, yo antes daba más depresiones graves y entonces uno puede decir que antes había más psicosis maníaco depresiva y ahora los llaman trastornos bipolares y ahora hay menos porque ahora me encuentro con pocas depresiones graves, yo creo que no, yo creo que tiene que ver con el abordaje de los pacientes, no es que me haya vuelto mejor psicoanalista, que si viene una persona deprimida y no se le trata bien, se convierte en una melancolía. Entonces a lo mejor sí un abordaje ese síntoma de otra forma y si se cierra la subjetividad el pronóstico de los síntomas es mucho peor en cualquier tipo de síntomas, sea psicótico, sea neurótico o sea perverso, o sea que el síntoma y su conformación viene del Otro, digamos la gravedad del síntoma.

GC: es que son como los envoltorios, digamos las manifestaciones superficiales del síntoma, pero por ejemplo síntomas de la época actual que antes no existían y que existen ahora

IA: no sé cuáles, yo me manejo con unas clasificaciones de síntomas de enfermedades mentales muy simples, en cambio esas clasificaciones de los americanos con 25 ramas y ramas, subramas y ramas de ramas, a mí no me sirven para nada, yo me hago una idea general para conocer su estructura si es más o menos neurótico, si tiene una tendencia hacia la melancolía o no, no diferencio mucho, a mí la depresión más bien, no es que piense que todos son cuadros melancólicos, pero las adscribo a una cierta condición melancólica de todo sujeto humano en relación a las pérdidas a los que todos estamos sometidos y están en el campo amplio de las neurosis.

GC: por ejemplo algunos concretos que tienen que ver con síntomas sociales síntomas generados por violencia, por drogadicción, por ludopatía, ese tipo de cosas que antes no existían tantos como existen ahora

IA: existían, pero no había demanda, también hay que tener en cuenta que la psiquiatría es la última especialidad que ha entrado en el campo de la medicina, es decir antes era neuro psiquiatría, los psiquiatras era neurólogos y los neurólogos eran los que trataban las enfermedades psiquiátricas, pero la psiquiatría se convirtió en una especialidad distinta a la neurología y la universalización de la asistencia psiquiátrica al nivel de la asistencia del Gobierno

a través de la salud mental comunitaria. Y luego hay otros que tienen relación con temas como la ludopatía, el maltrato de las mujeres, pero bueno esa es una parte del trabajo que hoy en día efectivamente puede haber adquirido más presencia en los últimos años pero el 90% de la psiquiatría y del psicoanálisis y sigue siendo lo de siempre neurosis, psicosis, perversión y melancolía.

GC: ¿tú has atendido personas que han pasado por experiencias de **violencia** fuerte como secuestros, guerras, agresiones sexuales?

IA: en principio tratamos de todo, yo sí que he tratado casos de maltrato de mujeres, lo que pasa es que ante esta demanda se hacen como atenciones monográficas, o sea cada vez vemos menos anorexia nerviosa o menos violencia de género porque se crean circuitos especiales o redes de tratamiento para ese tipo de patologías, como tienen una dimensión política muy fuerte o sea los propios políticos, o los sectores de la Asistencia Pública...

GC: pero parece como que lo plantearas como si esa respuesta política ayudara a erradicar la enfermedad como tal

IA: no, no, no ayudan a erradicar, pero llegan menos porque van por otros circuitos, pero es cierto que hay unas redes específicas, como por ejemplo el alcoholismo, la violencia de género, la anorexia nerviosa, porque son patologías no específicamente psiquiátricas sino que otra serie de factores psicológicos, sociales, jurídicos digamos que requieren formar una red en la que intervengan diferentes profesionales y se crean campos específicos de tratamiento a determinadas patologías mismas, pero dentro de los que sufren violencia de género habrá psicóticos, neuróticos, depresiones, perversos, etcétera, que luego al final, eso sí que es un síntoma más social, también es un síntoma un poco dimensionado y un poco parcial, pues extraer un síntoma digamos de la subjetividad neurótica, psicótica o perversa, puede conformar una cierta dificultad a la hora de tratar estos enfermos sí ya se presentan por ejemplo, como una persona maltratada o una víctima de maltrato, abordar así el tema es muy difícil porque está muy recortado desde lo social, pero digamos esa mujer maltratada, como los alcohólicos, también es un síntoma, luego habrá que tratarles en su subjetividad, como sujeto, entonces al nivel del diagnóstico puede ser neurótico o psicótico...

GC: Entonces se podría decir que la **institución** al especializarse o al hacer ese tipo de redes que atiende determinadas sintomatologías ¿plantean un abordaje encaminado a la eliminación meramente del síntoma y no el tratamiento de la subjetividad?

IA: es como el control del síntoma o como a la **normalización del síntoma**, como es un síntoma que crea mucho escándalo en el caso de la violencia de género, que mueren muchas mujeres, pues ahí interviene la política. Y entonces más que intentar que desaparezca el síntoma, tampoco intenta que se normalice el síntoma, sino que no se cree un escándalo social, producir los recursos necesarios para que estas mujeres puedan salir de esa condición. Claro que es que el maltrato de una mujer, ella no considera que tenga un síntoma sino que su condición se debe al haber tenido la desgracia de haberse casado con un maltratador, pero ahí hay un problema con el síntoma también, y entonces uno se pregunta hasta qué punto se hace un síntoma con el que se puede trabajar psicoanalíticamente si, normalmente los pacientes pueden decir que estaban bien hasta que la pareja le empezó a maltratar, a no considerar, a despreciar, a humillar. Y entonces, hacer un trabajo así, en estas circunstancias límites, es muy difícil, yo normalmente no lo suelo abordar de manera específica a menos que surgen espontáneamente. Es esto que se dice a veces del psicoanálisis de subjetivar el síntoma, lo que tengo yo que ver con esto que me sucede. Determinados tipos de pacientes que están pasando por un verdadero trauma o que tiene el trauma abierto, porque convivir con un maltratador es horroroso, son unos desaprensivos, luego habrá que ver cómo es que esa mujer se ha conectado con una persona así, hay muchas mujeres que no son capaces, que no pueden separarse de esos hombres, creo que a la política le importa un bledo el síntoma, lo que le importa es el control del síntoma y que haya una serie de protocolos y de recursos para que digamos cuando lleguen

las elecciones nadie pueda decir que estas mujeres han sido desatendidas. En el caso de la anorexia nerviosa pasa un poco lo mismo, que la anoréxica nerviosa se puede morir, hay organizaciones muy potentes de familiares de enfermos con anorexia que exigen, que no admiten que sus hijas, que son la mayoría mujeres, sean tratadas como enfermos como los demás y se han creado redes de tratamientos y eso lo veo muy nocivo, puede ser muy perjudicial para el destino de ese síntoma en concreto, porque eso refuerza el síntoma ¿sabes?, todo lo que refuerce el síntoma es malo ¿no?

GC: y en tu práctica clínica privada ¿has recibido alguna persona que se cuestione esa etiqueta por ejemplo, de haber sido maltratada y que quiera trabajar algo de su subjetividad?

IA: no. El tipo de práctica que yo he hecho, que tampoco ha sido extensísima porque yo he trabajado más en el ámbito institucional, pero ese hecho tampoco me lo he encontrado en la práctica pública, pero he tratado mujeres maltratadas, anorexias nerviosas, he tratado todo tipo de patologías pero nunca...

GC: ¿en tu **práctica privada**?

IA: en mi práctica privada menos, no he tenido ese tipo de experiencia, a mí no me ha llegado ese tipo si me llegase la trataría igual, vamos yo nunca he rechazado ningún paciente, en la medida en que tengo 60 años ya estoy un poco cansado a lo mejor, y determinado tipo de pacientes me lo pensaría dos veces, yo nunca los he tratado, tampoco me han llegado, pero probablemente por la misma causa, porque siguen unos circuitos..., sí que he tratado problemas de pareja y separar el maltrato de la relación, de lo que es la relación entre los hechos, es como el grado máximo de deterioro de una relación. Pero conocemos muchos otros casos, cualquier relación entre un hombre y una mujer está esta potencialidad, hay formas de maltrato mucho más útiles, es decir, el desconocer al otro o no tener en cuenta al otro, es también una forma de maltrato y aunque el pecado por omisión, no es tanto como el pecado por acción, yo tampoco separaría el maltrato de toda la problemática de las relaciones entre los sexos, como tampoco creo que se pueda separar todos los problemas que hay a nivel social de adolescentes y familias, de lo que es la dificultad de la relación de los padres con los hijos en la adolescencia, la separación de las familias, es decir, en nuestra sociedad actual y las características que tiene que no es la sociedad primitiva....

GC: Pero tú crees, por ejemplo el tratamiento de esas patologías, que va por otros circuitos, por otras instituciones, la práctica clínica qué se puede hacer para apoyar a estas personas ¿sería muy diferente de la que emplearía un psicoanalista su consultorio privado?

IA: ¿te refieres a lo que se hace en estas redes específicas o con respecto a la práctica que hacemos nosotros como psiquiatras en las instituciones?

GC: bueno, me refiero un poco de las dos, porque aunque no sé si y recibes en las instituciones este tipo de casos de violencia de género, que supongo que sí,

IA: sí, pero la gente que viene de unos dispositivos específicos, digamos para que les pongas una medicación normalmente y la demanda no es trabajar con ese síntoma, esa persona ya viene con un síntoma como muy constituido y cómo muy... es decir, incluso no sé hasta qué punto podría llamarle síntomas, porque si tomas algo que cuestiona la persona y en un momento dado puede rescatarse está condición de sujeto y cómo se sitúa en el mundo. Digamos, ese reforzamiento que se hace nivel social de los síntomas, de ese tipo de síntomas también al final acaban, según mi opinión, en un cierto maniqueísmo, un poco los buenos y los malos, el machismo y las mujeres ¿no?, bueno son cosas que siempre hay una parte de verdad, es cierto que la sociedad está impregnada del machismo, pero reducir al maltrato a que sea una cuestión de machismo, me parece una simplificación tan burda que me creo que es cerrar el síntoma y lo que pasa es que a nivel social viene muy bien, a nivel de mensaje político, transmitir mensajes tan simples de que hay tantas mujeres que mueren porque hay muchos hombres machistas, me

parece que es una catástrofe, que en vez de evitar que haya menos muertes, desgraciadamente se entra en una vida que sin futuro, sin ningún futuro.

GC: pero por ejemplo, todos estos canales o redes que atienden este tipo de problemáticas, que de alguna manera están siendo apoyadas por la política ¿tendrían objetivos distintos de los que se tendrían el tratamiento si cuando psicoanalítico?

IA: Si, parten del síntoma sino simplemente, parten del síntoma como una cosa en sí, insertan en el síntoma en la realidad social

GC: Pero entonces ¿cuáles crees que sería en los objetivos en el tratamiento psicológicos de estas redes?

IA: Es que creo que no tienen un claro objetivo psicológico sino...

GC: sí me refiero a las redes de apoyo psicológico al maltrato de género

IA: es que yo estoy en contra de este tipo de vías, es decir porque eso ya es como teledirigir a la persona hacia el maltrato, el maltrato es un signifiante y como todos los significantes es equívoco y multívoco ¿no?, entonces, el objetivo de estos tratamientos es digamos cerrar el signo lingüístico, dar sentido a ese síntoma, en el maltrato, maltratada puede haber deslizamiento en un síntoma que permite interrogar al sujeto y en este aspecto, por ejemplo la mayoría de las maltratadas se presentan "bueno yo soy una maltratada" y eso está reforzado por un discurso político y un dispositivo social que trata de salvar a estas mujeres por ejemplo o a las anoréxicas y tal bueno ya sabemos lo que pasa con las anoréxicas cuando se las trató de alimentar a la fuerza, es decir, refuerza mucho más el síntoma y se agrava mucho más. En el caso del maltrato es reforzar el síntoma, digamos insertarlo más en el discurso más degradado que es el discurso de la política, es un discurso falso y mentiroso, o sea estas mujeres efectivamente tienen todo el derecho del mundo y hay que darles los medios para que se separen de ese maltratador, y el maltratador tiene que ser castigado severamente por las leyes, tiene que haber leyes más severas, pero decir que no checa ese maltrato en esas relaciones, la historia de estos casos ha habido una primera época, que se puede rescatar de ahí que sea valioso y si eso ya le incluyes que es una mujer maltratada, que ha tenido la desgracia de encontrarse con un maltratador y dice no saber nada, ¿porque estas mujeres vuelven y se juegan así la vida?, y resultan muertas, ¿que de verdad hay ahí?, ¿qué les vamos a decir desde fuera?, ¿qué somos más listos y les vamos a decir que no sean tan estúpidas para volverse a enredar?, ¿porque vuelve?, esa es también una pregunta por el masoquismo, ¿porque las han educado desde el machismo?, ahí hay un algo de Real que efectivamente puede llevar a la muerte de una persona que trabajamos en ese medio, pero no solamente los casos de maltrato sino en cualquier sujeto.

GC: Entonces estábamos hablando de los **grupos de riesgo en tratamiento psicoanalítico** y si habría alguna pauta técnica específico para ese tipo de grupos o se aplica la misma técnica, ¿como le has hecho a partir de tu práctica privada y en la institución?

IA: grupos de riesgo... nosotros la verdad es que ahí en la institución donde yo trabajo, así como del hospital hay determinados unidades de tratamiento del autismo por ejemplo, hay una unidad en el hospital que pertenece a la parte de psiquiatría infantil, una unidad de tratamiento de la anorexia nerviosa y luego hay una unidad de mujeres maltratadas, eso en el hospital, pero en los centros de salud mental no existen tales unidades, están como en un segundo escalón. En el primer escalón que sería el tratamiento ambulatorio a nivel de un centro de salud mental, por lo menos en el centro donde yo trabajo, se refiere a los pacientes que no entran directamente en alguna unidad y en principio se tratan, vamos yo personalmente los trato como cualquier otro paciente, lo que sí que es cierto es que hay demandas sobre todo por parte de la familia, de derivación a esas unidades específicas o monográficas, entonces a veces por una cuestión meramente burocrática pues tiene Pasar por su zona es decir por el distrito al que pertenecen y luego vamos te piden directamente una derivación a una de estas unidades porque se han

enterado previamente de que existen estas unidades, pero realmente, la tendencia es más bien a... yo creo que está tendría que ser la tendencia que fuese un enfermo y eso digamos choca con la creación de estas unidades de patologías específicas.

GC: ¿a qué crees que obedecen estas unidades?, ¿porque se crean? si se atiende a todos los pacientes con la misma calidad y el mismo tratamiento, ¿o qué es lo que los hace específicos porque se crean esas unidades?

IA: bueno, yo creo que hay varios motivos, yo creo que no hay ningún motivo clínico, es decir que clínicamente es un síntoma con sus características propias, uno podría crear una unidad de fobias o una unidad de pacientes obsesivos, pero las toxicomanías por ejemplo, que requieren de una unidad específica o los trastornos de personalidad, que son pacientes muy problemáticos, muy disruptivos, que producen alteraciones a nivel social, también se crean unidades propias. Entonces yo creo que desde el punto de vista clínico no hay ninguna razón de ser, y yo creo que son razones más bien de tipo institucional, de tipo político, de política institucional. Por la presión que suponen ese tipo de alteraciones o de enfermedades, la anorexia nerviosa por ejemplo, es cierto que tiene características específicas, pero eso no justificaría crear una unidad especial, sobre todo si uno piensa que en el centro de un tratamiento psicoanalítico es la transferencia. Pero si uno piensa que el eje del tratamiento son otras cuestiones cómo implementar protocolos o modelos de tratamientos ya preestablecidos, uno podría justificar crear esas unidades, creo que, por lo menos desde el psicoanálisis, yo no le veo mucha justificación. Desde la psiquiatría puede ser, pero desde el psicoanálisis, como el eje del tratamiento es la transferencia, más allá de que sea...

GC: luego están las diferentes **corrientes terapéuticas con determinadas técnicas o modelos** terapéuticos para determinados grupos dependiendo del tipo de caso que a lo mejor, una especie de manuales para atender a los que tienen alguna ludopatía o a los que sufren una violencia en casa o los que sufrieron abuso sexual, etcétera, y que se vinculan de alguna manera al ámbito institucional.

IA: si puede ser, pero vamos esto yo lo veo más bien como un problema. Que el paciente está en función de esos modelos terapéuticos o procedimientos terapéuticos, protocolos terapéuticos que es la palabra que más se utiliza, pero yo creo que debería de ser al revés, es decir que primero está el paciente y sus necesidades, su transferencia, y sus síntomas y luego el protocolo, se puede usar el protocolo, pero no tratar de encajar un paciente en uno determinado, por qué lo de la ludopatía, pues es un síntoma y el propio nombre despista un poco, porque puede haber muchas razones por las que el sujeto se hace ludópata. Muchos de estos tratamientos fracasan, pueden tener éxito en pacientes que a lo mejor se someten mucho a este tipo de tratamientos o de protocolos, pero en cuanto es un paciente que no encaja bien, incluso se puede revelar frente a eso que puede actuar como un corsé o una camisa de fuerza. Yo tengo un paciente que se psicotizó y qué es ludópata, juega mucho a las máquinas, lo han intentado llevar varias veces a una unidad de ludopatía en el Hospital Ramón y Cajal, pero le hacen unos test, unas escalas y eso le pone mal, se pone paranoico, además para él, la ludopatía tiene una cierta función, hay toda una significación en relación a su delirio o sea que es muy difícil. Entonces efectivamente le intentan meter en base a escalas protocolos test y su psicosis no encaja, o sea si hablas con él te das cuenta de que es un tema muy complejo, que está insertado del todo en su delirio, y además él no está dispuesto a dejarlo, entonces yo creo que desde el psicoanálisis, es más de cuestiones de política institucional. Es cierto que la psiquiatría admite mejor ese tipo de unidades, incluso las anoréxicas, yo no sé muy bien si sirve de mucho, digo está todo focalizado que ganen peso y en cuanto ganan peso le dan de alta. Es decir que, se focaliza la cosa, la tratan así para buscar la supuesta eficacia, pero ya sabemos que con las anoréxicas ganar peso no es garantía de nada, no es un índice de recuperación en absoluto.

GC: y por ejemplo, ¿cómo te has manejado tú respecto de las **urgencias?**, imagina que un paciente de la clínica privada o institucional tiene una emergencia, alguna crisis de angustia y te llama por ejemplo las 3 de la mañana, o requiere de tu atención en horas que no son de consulta, ¿como manejas tú esa situación en ambos espacios?

IA: a mí eso no me ha pasado, no por nada, sino es que tampoco he tenido una práctica privada tan extensa y tan amplia como para que me haya surgido ese tipo de casos, yo de eso en concreto no puedo hablar o ahora mismo no lo recuerdo exactamente. Yo en principio cuando alguien me llama a deshoras lo trataría de la misma forma, es decir, creo que no hay que establecer grandes diferencias en la actuación entre lo que es la práctica institucional pública y privada, que hay diferencias claro, la verdad es que no sabría qué hacer con un paciente que me llame a las 4 de la mañana, bueno trataría de escucharlo para ver qué es lo que pasa y depende del caso, es decir, le citaría el día siguiente, pero bueno si es una situación de mucha emergencia... Creo que los pacientes si están muy referidos a su psiquiatra o a su psicoanalista, siempre se las arreglan como para que la demanda vaya dirigida a él, esto de ir a urgencias a veces tiene que ver con cuestiones transferenciales, me parece que todo tiene que ver con cuestiones transferenciales y no quiere decir que sea sencillo de manejar, pero creo que siempre tienes que tener en cuenta el mirar más allá de lo que miraría el psiquiatra, que es la pura emergencia. Si alguien te llama a las tres de la madrugada, yo trataría de ver qué sentido tiene para él, me digo “porque me molesta a estas horas”, o sea yo trataría de ver qué sentido transferencial tiene y cómo se maneja. En los casos graves, de brotes psicóticos es igual, cuando un paciente psicótico entra en tratamiento, entra en transferencia, es decir, cuando está referido a un terapeuta o a su psicoanalista incluso este tema de las urgencias y de los ingresos disminuye muchísimo, pero cuando el psicótico está ahí medio dejado de la mano de Dios, pues sí ocurre que vaya mucho a urgencias o que tenga muchos ingresos, puede tardar un tiempo, pero en mi experiencia, cuando el paciente entra en transferencia esto disminuye. Lo de los ingresos, yo tengo pacientes que han tenido muchos ingresos y que luego se han estabilizado y no han vuelto, primero porque han mejorado y segundo porque no tienen necesidad, han encontrado un interlocutor al que dirigir su demanda, y entonces ya la demanda es mucho más personalizada por así decirlo, luego están estos pacientes que van a urgencias o que los ingresan, los dan de alta, vuelven a ingresar, yo creo que eso es un problema de transferencia, un paciente que no ha logrado hacer una transferencia singular y sentir que en algún lugar lo pueden escuchar, entonces va buscando un lugar a ver si encuentra a alguien que le escuche, hay muchos pacientes que no se sienten escuchados, más bien se sienten rechazados.

GC: Y ¿con respecto a los **tratamientos a distancia?** Por ejemplo ¿harías un tratamiento a distancia por Skype?

IA: no me gustan mucho, sí en principio no hubiera otro remedio...

GC: ¿Así de inicio o solamente una situación donde haya habido algo presencial? donde la transferencia se ha establecido de manera presencial y después por X circunstancias se tiene que ver a distancia.

IA: no me negaría, pero si no hay otra alternativa no me niego a hacer ningún tratamiento, en principio yo creo que el tratamiento tiene que ser presencial, si no hay ninguna otra posibilidad y el paciente tiene una transferencia conmigo, incluso si se ha dado una parte tratamiento presencial y luego se ha ido al extranjero, si parece que quiere continuar el tratamiento creo que no hay ningún tipo de problema. Yo solo tengo experiencia en eso, en haber iniciado un tratamiento presencial y luego haberlo continuado porque la persona se fue al extranjero, pero nunca lo he hecho desde el inicio y no puedo opinar. Imagino que como todo, dependerá de la transferencia, la transferencia es como la fe para los cristianos que mueve montañas, sin transferencia no hay nada que funcione, con la transferencia puede funcionar todo, no quiere decir que garantiza el funcionamiento de todo, pero puedes hacer un tratamiento si hay transferencia viendo al paciente cada seis meses o una vez al año y si no hay transferencia,

aunque lo veas todas las semanas, ese tratamiento no va a marchar, yo creo que la piedra de toque es la transferencia que puede mover montañas, pero claro, como la transferencia es una cosa sobre la que uno no tiene control, es decir que uno a priori no puede crearla, ni facilitarla, sino que depende de cuestiones que no son manejables conscientemente o protocolizables, es decir no hay un protocolo para crear una buena transferencia, vamos de palabra me refiero.

GC: y por ejemplo ¿tú sientes que ha ido cambiando tu **posición como analista** desde tus primeros tratamientos hasta ahora?

IA: ¿desde que empecé a trabajar como psicoanalista?, es que yo no empecé a trabajar como psicoanalista, pero yo creo que sí, claro es inevitable que haya cambios, sería increíble y me parecería cómico que uno no cambiase, porque hay algo que te cambia, eso tampoco depende de la voluntad el psicoanalista, pues no es que el psicoanalista se plantee cambiar, y tampoco es una cuestión de experiencia porque a veces puede ser mala consejera. Hay un refrán que dice que “la experiencia es una buena consejera”, pero la experiencia puede ser todo lo contrario en el ejercicio del psicoanálisis si uno se vuelve más cauto, más prudente, más advertido, más prevenido, pues eso es muy negativo para el tratamiento, más que uno cambie, cambia el contacto con los pacientes, hay algo que a uno que le va cambiando en la escucha, los pacientes hacen que uno cambie, como decía Lacan, que el 90% de las cosas que el transmitía se las habían enseñado sus pacientes, entonces lógicamente eso no se refiere a una enseñanza teórica, no es que el paciente te enseñe psicoanálisis, sino que es una experiencia vivida, es una experiencia encarnada en la transferencia y eso va teniendo un efecto sobre la posición del psicoanalista que va en la dirección contraria de ser más cauto, más prevenido o más advertido, para abrirse cada vez más al inconsciente, al inconsciente del otro, el inconsciente de uno mismo que es inseparable del inconsciente del otro, yo creo que esa es la clave del psicoanálisis, no cerrar el inconsciente, entonces yo sí he podido percibir un cambio en mí, es como una mayor apertura al inconsciente ¿no?, que no es ni de uno ni de otro, sino que es algo que se crea en la transferencia, que surge en la transferencia.

GC: ¿qué hace que después de algunos años de experiencia clínica –que no sé si es tu caso o no por eso te lo pregunto– de **volver a análisis**?

IA: creo que la vida del psicoanalista es su trabajo como psicoanalista, entonces bueno, he atendido y atiende a pacientes que son psicoanalistas, y que una parte importante del tratamiento en cuestión, es que tiene que ver con su trabajo como psicoanalistas, por lo que a veces parecen supervisiones. Entonces, estos pacientes que son psicoanalistas o estos psicoanalistas que son pacientes, en un momento dado te traen sus casos con determinados pacientes o incluso problemas, por ejemplo cuando trabajan en una institución, la relación que tienen con otros analistas de la institución o con psiquiatras o psicólogos, entonces yo creo que esto es un motivo muy importante de la demanda de los psicoanalistas que quieren volver a análisis, las dificultades de su praxis. Y luego también cuestiones de otro tipo, su vida afectiva, de pareja, relaciones familiares, etcétera ¿no? Yo en mi caso, las veces que me he analizado –que han sido hasta ahora dos–, la segunda vez que me analicé –fue no hace mucho tiempo– por motivos de tipo personal, o sea personal e institucional, pero no exactamente por cuestiones puramente psicoanalíticas, sino por temas personales y cosas que pasaban en la institución a la que yo pertenecía y que se disolvió, ese fue uno de los motivos. Y en cambio mi primer análisis fue cuando yo empecé a trabajar como psicoanalista, tenía que ver con el hecho de no sólo querer trabajar como psicoanalista, sino un psicoanálisis para psicoanalizarme yo y poder trabajar después como psicoanalista, pero analizándome como sujeto quiero decir, no como hacen en algunos sitios que se convierte en una cosa burocrática en donde el psicoanalista se tiene que psicoanalizar, sino en un análisis como el de cualquier sujeto, pero bueno fue en un momento en el que yo decidí analizarme, ya había terminado la residencia y estaba empezando a trabajar con pacientes. O sea que han sido dos análisis distintos, en dos momentos diferentes de la vida, pero vamos, yo creo que es bueno para el psicoanalista, no sé si como decía Freud de

cada 5 años de que hay que hacer una especie de recordatorio, pero tampoco creo que hay que llevarlo como una consigna, las cosas van surgiendo en la vida.

GC: y por ejemplo, después de que terminas tú análisis y que tú trabajas como analista etcétera, ¿qué **modos de producción** puede haber cuando ya tu transferencia no está en el análisis, sino con el psicoanálisis?, ¿cómo son esos modos de producción posterior? Quiero decir, cuando tú ya eres psicoanalista y ya estás trabajando.

IA: bueno yo lo hice en paralelo, me psicoanalizaba y trabajaba en paralelo. Mis modos de producción no han sido nunca con el psicoanálisis en general, es decir siempre he estado referido a una institución psiquiátrica y cuando digo institución me refiero a la institución pública en la que empecé a trabajar, pero que tenía una orientación psicoanalítica sobre todo en el trabajo con la psicosis, con lo cual, yo estaba referido a la práctica psicoanalítica y en transferencia con otros psicoanalistas. Y luego, en la práctica privada yo siempre estado referido a una institución, que desgraciadamente desapareció y que se llamaba Fundación Psicoanalítica y ese ha sido el ámbito en el que yo me he formado como psicoanalista, a nivel institucional, digamos lo que es mi producción como psicoanalista ha surgido en el trabajo con otros psicoanalistas de esa institución, en relación a los diferentes espacios que compartíamos y a los proyectos de investigaciones en psicoanálisis que teníamos.

GC: y eso ¿que eran? artículos, libros, seminarios, congresos... ¿cómo eran esos modos de producción?

IA: pues eso ha ido variando a lo largo del tiempo. Con respecto a esta institución la Fundación Psicoanalítica –de la que yo fui uno de los fundadores–, pues inicialmente estaba muy conectada con el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal en el que, junto con Ricardo Saleigh y otras personas, que entraron a formar parte de la Fundación Psicoanalítica y que estuvieron trabajando como asistentes voluntarios en un hospital de día y un centro de salud mental de Ciudad Lineal, creamos un curso sobre psicosis, con presentaciones de enfermos y con presentaciones teóricas. Entonces ese fue el eje inicial de este curso anual de clínica psicoanalítica sobre la psicosis, era como un curso monográfico sobre la psicosis desde el punto de vista del psicoanálisis lacaniano y bueno, era muy interesante porque los casos que se presentaban eran casos que estábamos trabajando de pacientes psicóticos, que se estaban tratando ahí en el hospital de día. Bueno, pues luego de esto, se cerró, desapareció este hospital de día y cada uno seguimos por nuestra propia cuenta, por nuestro propio camino y lo que se mantuvo ahí fue la Fundación Psicoanalítica. Luego se hicieron otros cursos interdisciplinarios con la pregunta por la estructura, el tema era “la estructura y el tiempo”, fue algo interdisciplinar porque había gente de diferentes disciplinas y bueno, eso también tuvo un recorrido bastante largo en lo referente a si hay cambio de estructura o no, esto tan debatido de si la estructura psicótica es una estructura inamovible, o decir que uno es psicótico y siempre va a ser psicótico, o aunque aparente no lo sea.

GC: ¿y hay cambio de estructura?

IA: en mi opinión personal, bueno es que esto fue un tema muy debatido y eso depende mucho de cómo se plantee la pregunta, es decir más que elaborar una respuesta a esa pregunta, según como plantees la pregunta, puedes encontrar incluso diferentes respuestas, pero te obliga plantearte ¿qué es la psicosis? o ¿cuál es su posición frente a la psicosis o qué concepción tienes de la psicosis? digo porque no hay una concepción canónica de la psicosis, de “la psicosis es esto” y entonces hay algo ahí que compromete al psicoanalista, si uno plantea que no hay cambio de estructura, con eso se puede quedar uno muy tranquilo, pero de hecho hay psicoanalistas que prefieren tratar a los psicóticos que a los neuróticos, porque parece que para los psicóticos las cosas están mucho más claras, es decir, cada cosa en su lugar y tal, parece que hay como más certeza. Entonces ahí hay un problema que tiene que ver con la concepción que el psicoanalista tiene de la psicosis, con el tema de si uno permite, posibilita o le da una oportunidad al psicótico para que entre en transferencia, pues eso va a producir determinados

efectos sobre el psicótico como sujeto, a lo mejor lo más importante no es sobre los síntomas, pues dentro del ámbito de la psiquiatría los síntomas siempre han estado en un primer plano, de repente si se amortiguan o, como el psicoanálisis, que no trata enfermedades sino sujetos. Ahora un sujeto ¿se cura o no se cura? o de ¿qué se cura? Incluso éticamente ¿se trata de curar al sujeto de su psicosis?, o se trata de que sea más, como lo diría, esto que he planteado Lacan para Schreber, el delirio es una solución elegante, Schreber no se cura, hace un delirio ahí que se crea una nueva raza y tal, bueno si hay una parte de curación, construir este delirio, pacífica su delirio, cuando Lacan dice que es una solución elegante ahí introduce un matiz, introduce un elemento subjetivo, es decir que algo de ese delirio lleva a marca de Schreber, que lleva la firma de Schreber como sujeto, es decir, no todos los delirios son soluciones elegantes y no todos los sujetos hacen un delirio. O sea que es un tema complejísimo, a mí tampoco me interesa mucho curar, porque aparte pretender curar al psicótico, es como comprar todas las papeletas, si uno se olvida de que tiene que curarle, el ya se las arreglará para curarse solito, para buscarse sus salidas, como uno se empeña mucho, incluso a nivel de los propios interrogatorios, muy psiquiátricos, si es un psicótico que se somete mucho, entonces le dará todas las características y se podrá escribir un libro sobre psicopatología, pero si en cambio uno no insiste mucho en cómo son sus alucinaciones si tiene más o si tienes menos, él ya se las arreglará, digo no son tontos...

GC: Claro. Y por ejemplo estas cosas que tú has producido dentro del ámbito institucional, en el ámbito de la Fundación... ¿pudiste publicar algo sobre ello?

IA: sí, tengo dos libros

GC: ¿qué me puedes platicar de ellos?, ¿cómo surgieron, cuál era la inquietud?

IA: bueno, ¿qué es lo que yo he pretendido con esos libros?, desde luego no llegar a un público muy amplio, porque además no han llegado. Desde hace tiempo, yo venía trabajando la idea elaborar o investigar una clínica del sujeto, yo la he llamado así, una clínica del sujeto humano, sujetos hablantes, yo la verdad es que tampoco rechazo lo del humanismo, lo del sujeto humano no tengo mucha prevención frente a las palabras, pero yo creo que hay como una orientación fuerte del psicoanálisis, desde el principio, desde que Freud inventa el psicoanálisis, porque desde el principio dirige su escucha hacia el sujeto, esto está lleno de matices, de idas y venidas, meterse en callejones sin salida, intentos por aquí, intentos por allá. Entonces, hay algo que en Freud ordena su escucha, que es esto que Lacan llama sujeto, concepto que no está en Freud, pero que es como lo de la lingüística –dice Lacan–, Freud se anticipó en la Interpretación de los sueños a todo lo que posteriormente elaboró Ferdinand de Saussure, y uno tiene a su disposición su libro, descubre que eso ya está en Freud. Entonces esto que Lacan llama sujeto, ya está en Freud, en el inconsciente lógicamente, ahí está en el inconsciente, como algo muy problemático que Freud se encuentra en cualquier lugar al que él se dirige o al que él se encamina, o al que le llevan los pacientes, se encuentra con el inconsciente, y esto es lo descubre como algo, como un límite por una parte ineludible, es decir, que si uno eso no lo aborda, se pueden hacer muchas cosas, pero no hace verdaderamente, no pone encima de la mesa, no pone juego lo que es el resorte fundamental del síntoma o de la transferencia. Entonces yo creo que Freud se topa con algo que él vive y que solo se encuentra en la clínica, como la castración en los sujetos humanos.

GC: es algo del tema de tu libro la cuestión del sujeto en Lacan

IA: la cuestión del sujeto es como yo lo he elaborado, o como yo me he encontrado con el psicoanálisis en mi práctica, no es que yo haya inventado un tipo de psicoanálisis, pero sí que me he visto obligado –para poder trabajar como psicoanalista–, a esto que dice Freud, a encontrar cuál era la herramienta que se ajustaba más a mi mano para poder trabajar con los pacientes. Entonces los dos libros, ha sido lo que a mí me ha servido, es decir, lo que yo he intentado transmitir, no es todo el psicoanálisis o un tratado de psicoanálisis, o de psicopatología psicoanalítica, sino encontrar aquellas cosas que a mí personalmente me han

servido para trabajar como psicoanalista y para soportar, como Lacan cuando, no se si fue Miller, que le preguntó “defíneme que es lo real” y él dijo: “Lo real es lo insoportable”, pero es un real que aparece en la clínica, es algo que aparece en la transferencia, entonces ahí el psicoanalista está muy jugado, ahí se la juega el todo por el todo, es algo que hay que tomar al pie de la letra, hay algo de insoportable que se juega en relación a lo cual, se pone en acto el deseo del psicoanalista. En mi caso, para poder soportar eso de insoportable al escuchar a los sujetos humanos que te transmiten, eso real que es insoportable, pues yo transmito cuál ha sido mi experiencia, mi recorrido, mi historia por si les sirve, o a lo mejor alguno no le sirve para nada, a otros si. Entonces, yo he encontrado algo que a mí me ha servido en este reto que es trabajar como psicoanalista, y el propio Lacan dice que es el trabajo más difícil que hay en el mundo, pero que es el trabajo más difícil por la propia complejidad, con lo cual se está más sujeto a todo tipo de cagadas, solo hay que ver la historia del psicoanálisis, las desviaciones, las escisiones,, las excomuniones, las transferencias, las contratransferencias... Es decir, para soportar lo insoportable, pues uno se inventa algo, y hay inventos, todos son inventos, y tienen su validez, es decir la contratransferencia es un invento para soportar lo insoportable, que tiene sus limitaciones, pero no hay que degradarlo. Entonces Lacan en toda la primera parte de su enseñanza va revisando todos estos inventos, bueno para ver cual es la verdad que está en juego en ello y donde se apartan de la verdad del psicoanálisis, no se trata de ir como francotirador, “me voy a cargar en todo”, pero esa revisión es un atravesamiento que él hace. Yo con estos libros lo que he pretendido es transmitir mi experiencia, lo que yo he hecho con los pacientes, lo que a mí me ha servido para trabajar con los pacientes y aunque el psicoanálisis sea una profesión imposible, se puede trabajar como psicoanalista y es una profesión interesante, es decir que, puede ser un tormento o de las peores torturas, pues hay muchos analistas que dejan su trabajo como psicoanalistas porque consideran que es un suplicio, pero no necesariamente. Entonces yo no sé si mi libro tiene mucho valor o no tiene mucho valor, lo tiene para mí...

GC: creo que obedece a tu propia producción, a tu propia experiencia y a la necesidad de elegir las herramientas que a ti te sirven para trabajar.

IA: Sí las que he aprendido yo en el trabajo con los pacientes, con mucho esfuerzo, y hay una cuestión que tiene que ver con que no hay un camino, no hay un está atajo, todos los atajos son desviaciones por así decirlo, cuando uno en esto de la subjetividad o en la clínica del sujeto quiere buscar un atajo, el que sea, eso ya va mal encaminado. Entonces ahí hay un factor tiempo, entonces dice uno, joder, 30 ó 40 años... pero como hay algo ahí personal, eso es un camino muy largo.

GC: en relación a eso qué es tan personal, ¿qué es esta cuestión o qué pasa –si quieres compartir algo de ello–, cuando terminas un tratamiento con alguien?, ya sea que suspende o hasta ahí quiere llegar, o ya sea porque no hubo una transferencia y duró poco tiempo y no acabó de amarrarse, o ya sea porque a lo mejor hubo una transferencia negativa y se fue, o a lo mejor algo que tú digas “híjole metí la pata y `por eso se fue”, o ¿que te deja a ti **el final del tratamiento** de un paciente?

IA: ¿Qué es lo que me deja a mí como psicoanalista?, pues en mi experiencia es que con los finales, yo creo que he tenido una suerte y una mala suerte, todo tiene dos caras, es decir que, con respecto a los finales de tratamientos o finales de análisis, yo siempre he vivido como dos caras en el sentido de que siempre me han cogido desprevenido, un poco a traición ¿no?, no me lo esperaba. No me refiero a pacientes que llevan mucho tiempo, que han hecho un trabajo psicoanalítico serio, por mi parte, es como que no me lo esperaba. Entonces eso, el no esperártelo, te produce cierto efecto, como de herida narcisista, porque a veces uno tiene la ilusión de que puede controlar, pero en el psicoanálisis uno no controla nada, no es dueño de nada, no es dueño de la transferencia ni del final del análisis, Eso no quiere decir que uno no esté trabajando, incluso desde el principio con el final del análisis se plantea desde el principio

de un tratamiento, pero a mí siempre me pilla de sorpresa, a mí siempre me gustaría seguir trabajando con ese paciente, me quedo con la sensación de que podría trabajar mucho más, pero el paciente en un momento dado se quiera ir o quiera hacer su experiencia propia de... y yo creo que lo del final, pasa como con cualquier cosa de un psicoanálisis, que es como una decisión del sujeto, no de la persona que se ha planificado “yo me voy, me he propuesto venir aquí 6 años”, sino que hay algo allí como una cierta emergencia del sujeto que produce todos esos efectos, que uno no se lo espera, que es algo que a lo mejor cae así de costado, o atravesado, todas estas emergencias del sujeto siempre caen como el síntoma, de forma atravesada, incluso para el propio psicoanalista. Dice Lacan, “el fin termina cuando el paciente decide dejar el análisis”. Tiene esas cosas de aparente sentido común, pero un análisis es lo que hace un psicoanalista y el análisis se acaba cuando la analizante decide acabar el tratamiento. Son como puntos críticos: la entrada de un análisis, la salida de un análisis, son como puntos críticos donde emerge la verdad del sujeto. Entonces a veces muchos pacientes por ejemplo, no es que se vayan echando pestes, pero cómo que aparentemente no se van contentos y felices, porque claro, si uno estuviese totalmente contento y feliz, es como que uno nunca se iría del análisis e incluso hay de esos análisis interminables, no infinitos sino interminables, entonces siempre surge algo que produce un cierto efecto de ruptura, pero yo nunca he tenido la sensación de haber abordado el fin de análisis como “ahora vamos a hablar del fin de análisis”, siempre se introduce un elemento que se atraviesa, de separación que es como en todas las separaciones, no son agradables, ni pacíficas, siempre producen un desgarró. Yo creo que al final del análisis el que se queda más desgarrado es el psicoanalista

GC: ¿Porque?

IA: bueno esto Lacan lo teoriza, porque a partir del tema de los discursos, el psicoanalista que ha ocupado la posición de *objeto a*, de causa del deseo, cae como deshecho, que ha servido bien el analizante, porque ha actuado como agente del discurso, el analista no está en una posición cómoda, si ocupa la posición esa de *objeto a*, la posición de sujeto supuesto saber es mucho más agradable, infla más el narcisismo, porque te catalogan como sujeto supuesto saber, pero como *objeto a* es un poco jodido, cuándo se va el paciente, en ese momento cae como resto, entonces tiene que hacer un cierto duelo, hay un momento de duelo y yo creo que lo difícil es el duelo, en cambio el paciente se lleva más cosas.

GC: pues a lo mejor, ésta misma decisión ya lo hace sentirse más seguro, más tranquilo, después, aunque se extraña está de alguna manera el rejuego a lo mejor de regresar, o de la duda de si regresa o no regresa a análisis ante una situación difícil en su vida, si antes le sigue a solo o regresa análisis...

IA: yo en mi experiencia es que no regresan, es decir que, uno no puede esperar que todo esté resuelto, o que todo esté curado, eso es una tontería, pero en mi trabajo con los pacientes, primero, es el paciente el que toma esa decisión de terminar el análisis, a veces uno no sabe bien porque la toma en ese punto y no en otro, si el psicoanalista no puede hacer el duelo por ese paciente, o la cosa acaba muy mal, hay dos posibilidades, o que se produzca una transferencia negativa por parte del paciente, una supuesta transferencia positiva y entonces no acaba nunca el análisis. Si uno no ha dejado lugar a que emerja ese real, no hay separación, es decir que la separación Lacan la sitúa del lado de lo real, así como la alienación la sitúa del lado del significante, la separación la sitúa de lado de lo real, con lo cual, no podría haber una separación si no hay una emergencia de un real. Es el psicoanalista el que tiene que soportar ese real y luego hacer un duelo, es una posición de una cierta negación por parte del psicoanalista, si no lo hace no hay final de análisis. Entonces el final de análisis nunca es digamos amoroso, tampoco es violento o que uno se despidiendo dando patadas al analista, pero cualquier separación es traumática y es así, yo creo que en mi experiencia, hay un punto crítico para el psicoanalista que se juega desde el principio del análisis, según como haya puesto en alto su

deseo de analista. El final del análisis está desde el principio, si ahí no opera un deseo de psicoanalista, pues se pueden enquistar los análisis.

GC: y te han tocado pacientes que digan, o a lo mejor es en las entrevistas preliminares, que digan “voy a probar otro tipo de tratamiento”

IA: Si vengo aquí a ver un poco como... Si, si esos son como tanteos de a ver si tu picas el anzuelo, es decir, no son cosas inocentes. En cuanto el paciente ve que la cosa va en serio, ya se ve obligado a tomar una decisión de si quieren analizarse o no quieren analizarse, y te das cuenta que todas estas cosas son un elemento de engaño, de engaño también para el propio psicoanalista. Si uno entra en eso –bueno eso está en todos los análisis de una forma u otra–, puede adoptar diferentes semblantes por así decirlo, de todos estos engaños el principal es la transferencia, el amor de transferencia es un engaño y a la vez es verdadero, hay cosas verdaderas, en todo hay unas cosas verdaderas y algo engañoso.

GC: ¿y algo demandante?, bueno todas las demandas son demandas de amor, pero del estilo de “dime cuánto dura la sesión y cuántas sesiones vamos a tener”, es decir, que quieran el protocolo y que te pongan como en una situación de tener que responder a algo, algo.

IA: sí, sí, sí, mil cosas, porque de esas hay de todo, como en la viña del señor, de eso está lleno. El tema es cómo lo tomas eso, yo lo tomo como significantes eso no es una cosa lacaniana de ir así por la tangente, pero el propio paciente no sabe muy bien por qué haces todas esas cosas, puede haber alguien que te diga “usted me tiene que decir”, te está poniendo en una situación imposible, entonces ahí está un poco el arte del psicoanalista, ya verá cómo maneja esa situación, son cosas que te pueden poner un apuro, como con las cosas del diván, cuando hay pacientes que quieren tumbarse en el diván y luego ya no, o que luego se sientan o se dan la vuelta, cuestiones que tienen que ver con el pago o con faltar a las sesiones, hay doscientas mil cosas que surgen en todo el tratamiento. Entonces ahí intervienen primero yo creo que éticamente, meterlas en discurso, tomarlas como significantes y el significante para Lacan en principio, es algo sin sentido, pero que aparecen como cargadas de sentido. ¿Cómo transformarlas en algo?, en un significante que pierda ese sentido tan pesado, y luego el arte del psicoanalista y su experiencia, yo creo que son cosas que si uno no las maneja bien, pueden aparecer al principio, pero luego van perdiendo peso, luego lo que va adquiriendo presencia es el discurso, todas estas cosas más imaginarias van perdiendo presencia. Yo creo que están al principio cuando todavía no se ha consolidado la transferencia, uno tiene que tener un cierto arte, sobre todo no ponerse nervioso, eso que decía Freud a todos los psicoanalistas les pasa, y eso que trataba de lunes a sábado, todos los días, hasta el sábado, y consideraba que el fin de semana era muy negativo para el tratamiento, y hacía tratamientos largos, pero le decía el nuevo “bueno por favor dígame cuánto va a durar el tratamiento” y él les respondía que para eso hay que empezar a recorrer el camino, porque si yo quiero dar una marcha un paseo con alguien desde aquí hasta allá, hasta que no sepamos cuál es nuestro ritmo de marcha o de progreso, pues no se sabe cuánto se va a tardar. Entonces primero tenemos que empezar a andar, empezar a caminar en el psicoanálisis para saber si nuestra velocidad de crucero o de Fórmula 1. Estos no es dar una respuesta, pero tampoco es eludir una pregunta, ahí hay algo que no depende del psicoanalista, no depende de mí, ni del paciente, depende del ritmo de trabajo, es una respuesta ética. En la medida que van surgiendo las cosas se podrá ir sabiendo, pero creo que son cosas más como de arte, sustentado en una ética y en un discurso, no en un arte de ser un artista de inspiración.

GC: de algo que se va elaborando poco a poco con el tiempo y te capacita para enfrentarte a ese tipo de situaciones

IA: la interpretación es un arte, el arte de la interpretación, pero no es un arte inefable que uno de repente le inspiran los dioses, si no es un emular la interpretación que surge de que uno esté bien sujeto al discurso, del analizante... Bueno por cierto es uno de los temas que trabajo en el

primer libro, la ética de la interpretación y luego el segundo sobre el tratamiento de la psicosis. Me tengo que ir...

GC: Pues muchísimas gracias.

Junio de 2017

Entrevista 8:

GC: buenas tardes, espero que esta entrevista nos sea provechosa a ambas, quisiera que me contarás en lo posible de tu experiencia a lo largo de los años para ver un poco como has ido evolucionando, es decir, de tu **recorrido en la clínica** psicoanalítica, de dónde vienes, cuál es tu formación, por qué el psicoanálisis, un poquito sobre tu trayectoria profesional.

MD: yo empecé en el campo de la educación y también mis primeras experiencias de trabajo, a la vez tenía un interés por todo lo que tuviera que ver con la subjetividad, la singularidad, cuestiones que en el campo de locación de niños tomaban un lugar importante, a considerar la educación como la docencia para el profesional es la formación de los estudiantes. Me daba cuenta que me hacían falta herramientas que cuestionaran y fueran un poco más allá del tema meramente educativo, y no tardé mucho en darme cuenta que el campo de la subjetividad estaba más acorde con el interés que me causaba.

GC: Podrías darme algún ejemplo... Situación en el campo de locación para acordar una problemática que te interesaba abordar

MD: Si por ejemplo... todo aquel que trabaja con niños tiene que incluir todo con respecto a lo familiar, en relación a cualquier situación relacionada con los niños, tanto la educación como la salud y la salud mental. Entonces, por ejemplo el tema de los padres, yo trabajé unos años en primera infancia y luego en puesto superior con niños como 8 o 9 años, me di cuenta que en el trabajo con los padres había muchas cuestiones que no podía abordar por falta de tiempo, por falta de recursos en mí, pero me quedaban dando vueltas las cuestiones que tenían que ver con la subjetividad de los padres también, en relación a ese hijo que planteaba algún tipo de dificultad. El horario escolar pone sus condiciones y no puede ser de otra manera, y la parte asistencial en la propia escuela dónde todavía la figura del psicólogo escolar, pues no estaba establecida como parte del equipo educativo. Y entonces, en algunos casos cuando me parecía pertinente, sugerí a los padres que acudieran a un psicólogo cuando escapaba a mi parte como docente, yo tenía que trabajar siempre, combinando actividades grupales con actividades individuales. Entonces a la hora de poner a jugar los recursos que da la educación, algunas cosas se podían abordar y otras escapaban cuando algo sucedía y que tenía que ver con el núcleo familiar. Entonces, según me fui haciendo con las herramientas –que a través del psicoanálisis me interesaba más– para abordar problemáticas por celos o agresividad con niños por ejemplo, o como abordar más allá de eso, organizar reuniones o talleres de formación, no para enseñar a los padres, sino para generar espacios donde ellos pudieran hablar a modo de asamblea. En fin, todas las ocurrencias que aparecían, las poníamos en práctica, éramos unas cuantas personas. Por ejemplo, ante la dificultad del niño para resolver su agresividad... los niños que muerden los niños que pegan... los niños que tienen inhibiciones y muchas veces pasan desapercibidas... los niños que son fuertes, los niños que son silenciosos, tranquilos, que hacen todo bien, también necesitaban de algunas preguntas. Entonces esa posición... estoy tratando de sintetizar, ahora puedo decir un niño inhibido en su actuación, en la relación con nosotros, al hablar, de autorizarse como sujeto, eso me hacía preguntas. Constaté muchas situaciones, esa condición del niño pasaba desapercibida, no lo registraban como problema porque claro, los niños revoltosos generan problemas, pero no dejan cerrar el programa o cumplir los objetivos. Bueno ese tipo de cuestiones me llevaron a avanzar en un tránsito de la educación al psicoanálisis. Cuando decidí formarme como psicoanalista.

GC: ¿Cuándo elegiste **formarte como psicoanalista**, cómo elegiste un eje teórico para comenzar a estudiar psicoanálisis? ¿Algunos autores qué más o menos encaminaran tu inquietud, o hubo que hacer algún trayecto por varios, o como fuese proceso?

MD: en aquella época yo vivía todavía en la Argentina. Allí el psicoanálisis tiene una trayectoria extensa, de muchos años, entonces creo que el psicoanálisis fue siempre una cultura, como entraron en la cultura muchas otras modalidades. Entonces me di cuenta que no me interesaba tanto la formación reglada, estaba influenciada por haber trabajado en cursos de formación con psicoanalistas y eso me abrió un interés particular donde se me aclaró la distancia que va de la psicología al psicoanálisis, ya que son campos que pareciera están muy conectados en mi recorrido, pero sigo teniendo eso cada día más claro. De tal manera que desde la psicología, pareciera que hubiera un tránsito natural hacia el psicoanálisis, pero como tú sabes, muchísimas situaciones, escuelas... yo creo que accedí, por mi recorrido, bastante rápidamente a la transmisión que desde la Argentina se iba haciendo de la aportación de Lacan, muchos psicoanalistas argentinos y la transmisión que hicieron de ello, rápidamente me orientaron en la línea que ahora trabajo. No fue sencillo, no fue fácil, no fue un acceso directo, pero ese fue mi tránsito, autores en un enlace entre lo infantil y la clínica psicoanalítica en general. Primero empecé trabajando con niños, rápidamente me encontré con cantidad de situaciones que no había podido anticipar y entonces eso me llevo a mi psicoanálisis, a la supervisión...

GC: ¿Dónde comenzaste o cómo **comenzaste tu práctica clínica**?

MD: la práctica clínica la empecé acá en España, tuve como referente unos psicoanalistas argentinos que habían creado aquí en Madrid una institución de formación de analistas, y me incorpore al curso de formación, y bueno me sentía agradecida al trabajo que habían hecho al trabajo de transmisión.

GC: ¿En qué consistían en esos trabajos?, ¿Cómo comenzaste tu formación como analista?

MD: los considero, unos maestros y otros colegas y compañeros de recorrido, trabajar en esa intención, esa función... los cursos eran como una lectura del cruce entre Lacan y Freud. Nunca se abandonó el trabajo acerca de la obra de Freud, y la inclusión de los textos lacanianos, nos daban la posibilidad de una lectura lacaniana de los textos de Freud, se cruzaron ideas en grupos de analistas que hacen recorridos distintos. Yo creo que fue útil porque abrió un campo de investigación, encuentros regulares, cursos de lecturas, comentarios de textos.... Bueno, el encuentro luego con otros analistas invitados que venían hacer intervenciones sobre el tema. No sé si corresponde a lo que me preguntaste, pero mi información como analista es en una asociación de analistas, y mi trabajo clínico con pacientes en la clínica privada. Con el tiempo, por la situación de exilio y habiendo trabajado en clínica, me incorporé al campo laboral, tuve la experiencia de trabajar en colegios, en instituciones, en el campo de la educación y la salud, en un momento en que en España estaba empezando a salir el sol del 76, acababa de morir Franco y era una efervescencia política que germinaba en cantidad de proyectos con mucha potencia, pero fue un momento particularmente fecundo para propuestas nuevas. Entonces, participé en una propuesta para la Comunidad de Madrid, un trabajo sobre salud mental escolar que se publicó con la colaboración de muchos profesionales, y después también tuve ocasión de trabajar en una institución de acogida, en un centro de primera acogida para niños con dificultades sociales. También fue una experiencia muy rica donde no hacía un trabajo especialmente clínico, pero mi experiencia en la clínica me aportó muchísimo para hacer proyecto individual sobre cada niño que me tocaba trabajar, luego me quede solo con la consulta privada que es con lo que sigo hasta ahora.

GC: O sea que tú llegaste a España recién muerto Franco en pleno movimiento del exilio de Argentina y esta situación... ¿había algún paralelismo en el ámbito histórico entre Argentina y España? O ¿qué hizo la diferencia en el hecho de mirar acá, para terminar esos estos proyectos que no pudiste terminar allí?

MD: bueno la situación política siempre tiene una importancia en la vida social, cuándo en Argentina promediaba los años 75 o 76 la condición de exiliado por la persecución, por la represión de la dictadura instalada en Argentina, la idea con la que veníamos a Europa era en lo fundamental, poder instalarnos en algún lugar para seguir viviendo y trabajando, pero cuando llegamos a España vimos que aquí había un ambiente de una sinceridad enorme, fuimos muy bien recibidos, todavía era una primera inmigración, que no es la misma que años después, y que entonces las cosas se pusieron más difíciles para el inmigrante, nosotros en ese sentido... bueno no afectó el desarrollo profesional. En España, el psicoanálisis entró por dos vías. Es curioso, porque las primeras traducciones de Freud venían de España, de españoles exiliados en Argentina, los maestros en psicología, en psicoanálisis eran españoles, entonces nosotros, de alguna manera, fuimos a un lugar donde nuestros maestros iniciales habían sido exiliados, de la Europa que habían emigrado a la Argentina. Cuando llegamos a España, encontramos eso como un campo muy fecundo, muy fértil en el que en poco tiempo empezó a entrar el psicoanálisis por cercanía. Entro por vía francesa y vía de argentinos, todo estaba por hacerse, todo por recuperar después de los 40 años de la dictadura y la gente estaba con muchísimas ganas de recibir y romper este límite.

GC: **Y en lo personal...** Entre tus primeras preguntas en el campo de la Educación sobre cuestiones en las que esta disciplina no alcanzaba a atender cuestiones de la subjetividad que a ti te interesaban, el paso a la formación psicoanalítica, que indudablemente pasa por tu análisis personal. ¿Cómo podrías resumir los aportes del psicoanálisis en tu vida?

MD: En mi vida... no me puedo imaginar mi vida sin el psicoanálisis. Empecé el psicoanálisis a los veintiún años. El psicoanálisis entró en la cultura, en la universidad, entró con fuerza y el espectro en el que se desplegó fue muy variado. La experiencia que supuso en mi vida fue fundamental. me abrió la puerta, me permitió pensar cuestiones que tenían que ver con poder construir desde el malestar, las preguntas fecundas, no tanto las respuestas.

GC: Pasaste por una terapia psicológica

MD: no... Estoy agradecida al psicoanálisis, por lo que supone de ruptura, al momento en el sentido del saber. El psicoanálisis coloca el saber en un lugar distinto que permite abordar las preguntas de una manera atravesada por la subjetividad, eso creo que es el gran aporte del psicoanálisis, digamos que sigue rondando la idea de que si pasa esto, es por tal cosa. O determinada experiencia en tu vida que necesariamente me produce efecto en esto. Todas estas generalizaciones me parece que responden de la necesidad de saber, a veces el saber aparece antes que la pregunta, entonces, no me sale la palabra, no fertiliza, lo que decía Freud acerca de el síntoma, de a la vez que aparece extraño a la propia condición, es molesto y tiene que ver conmigo. Cuando eso le mueve a alguien, creo que hay que escucharle, atenderle y encontrarle alguna vía de recorrido.

GC: Y para ese malestar no hay recetas

MD: claro, claro... A partir de Lacan y lacanismo, que no es lo mismo que Lacan.

GC: ¿Cuál es la diferencia?

MD: Lacan hablo y escribió, entonces pudo ser escuchado y leído como todos... y en esa lectura y en esas escuchas hay mucha diversidad. La diversidad no es arbitrariedad sino que está determinada por la singularidad del sujeto que lee o escucha, entonces en lacanismo sería como todo lo contrario a la gran ruptura del pensamiento, en el sentido de no coagular el saber. La riqueza de la aportación de Lacan, siempre tiene que ver con lo que él mismo decía, que era “de lo que encuentro, tomo lo que me interesa y lo uso, lo pongo a trabajar”. Lo sabe, de antemano tiene una pregunta, hace su recorrido emulando la pregunta. Entonces ahí la trama que se va armando, bueno hablo de Lacan desde el punto de vista intelectual, influye en la interlocución con otros. También eso da una pista enorme de cambio, el saber concentra con el paciente es

como documentar esas preguntas... eso es sencillo y se dice rápido, pero lleva un tiempo en mi trabajo.

GC: ¿Puedes resumir si, a lo largo de tu trayecto en el trabajo clínico, la sintomatología que se presenta en tu consulta ha ido cambiando? ¿Cómo dirías tú que ha ido cambiando? Es decir, si ha cambiado respecto a tus primeros años en la práctica clínica.

MD: intervienen muchas cuestiones y conceptos que se intercalan, por ejemplo, el tiempo como concepto, no el tiempo del reloj sino el proceso... la vida moderna está instalada en un tiempo deprisa, un tiempo que no da tiempo, en los primeros años la vida es más pausada, más tranquila, no había apremios de tiempo, en todos los ámbitos, en la vida cotidiana, en los vínculos que se establecen, en los objetivos a cumplir, en objetos a consumir, hay tal saturación de cerca en un tiempo tan apretado, que creo que facilita una especie de alineación subjetiva que supone un esfuerzo importante para sustraerse de ello en cada uno. Creo que el progreso es necesario en todo tipo la vida moderna, pero mucha gente paga un alto precio cuando ese progreso se instala, con ciertos factores que tienen que ver con el poder en lo social, en lo político, lo económico, afecta a sectores enormes de la población a una especie de casi desconocimiento sin elección.... entonces me parece que, por ejemplo, si pensamos en una histeria, poder pasar del dicho popular de “es una histérica” a “es una histeria” en el psicoanálisis, creo que han variado y mucho las modalidades... como ejemplo, pero justamente por citar a los maestros Freud y Lacan, van aportando elementos que nos permiten una conceptualización que tome el ropaje, que tome la estructura, determina lo que es la histeria, por ejemplo las parálisis histéricas que no se presentan como antes.

GC: ¿hay algún cambio, por ejemplo, en las parálisis histéricas desde el tiempo de Freud? Ahora, ¿puedes pensar en algún otro ropaje diferente de cuando tú empezaste?, ¿puedes decir que la **sintomatología** a lo largo del tiempo, por las influencias culturales, políticas, económicas, sociales, ha ido cambiando?, ¿cómo crees que ha sido ese cambio? incluso pensando en tu propia práctica clínica, si antes eran más acentuados o menos acentuados, ¿por dónde van esos ropajes con los que se envuelve el síntoma?

MD: Es bien amplio el espectro que planteas. Lo primero que se me ocurre es algo como muy inmediato, la perversión. Un perverso de la época de Freud, aunque Freud habla del niño como el perverso polimorfo, como un hecho que a condición de existir, la perversión tenía unas connotaciones muy específicas. Con el correr del tiempo, nos encontramos ahora con los medios de comunicación saturados de saberes acerca de la perversión, por ejemplo la pederastia, la violencia de género, el maltrato a la mujer y a los niños entonces ahí estaría justamente el punto en el que el saber de los medios de comunicación, saturan el saber acerca de lo que ocurre.

GC: Hablando de tu trayectoria clínica, de tu formación y de las nuevas sintomatologías que se han ido presentando con la influencia del contexto social, ¿cómo ves el papel de los psicoanalistas y su responsabilidad frente al contexto social en la emergencia de esos síntomas?

MD: yo creo que son un proceso que se da con señas particulares en los distintos lugares, por ejemplo en Francia el psicoanálisis está en la cultura, hay acceso al psicoanálisis como un elemento de la cultura, más allá de que haya un psicoanalista o no. En Argentina un poco también, pero en España es diferente. En España durante mucho tiempo, socialmente se asociaba todo con la enfermedad, con la locura “yo no estoy loco para ir a un psicoanalista”, creo que en este momento eso ya no se da tanto, eso ha cambiado, pero sí circula poco el psicoanálisis en los medios de comunicación, habiendo psicoanalistas, habiendo movimientos de psicoanalistas potentes, sin embargo no entra en la cultura, lo que podría aportar una apertura, todavía en España no se da y en eso creo que hay diferencias, yo menciono Francia y Argentina que son como dos pilares, que España tiene una resistencia fuerte, pero como en los medios de comunicación por ejemplo son temas que están vedados. Creo que esto es una rémora de la historia de España a pesar de que han pasado ya los 40 años oscuros de la dictadura,

sin embargo todavía no ha encontrado un lugar, finalmente el psicoanálisis circula en los medios psicoanalíticos, socialmente todavía no se percibe como un recurso importante.

GC: ¿Qué es lo que crees que hizo que en Francia y Argentina se promoviera tanto? Hay alguna cuestión en relación a las autoridades, a nivel social, en las instituciones que promueve esto, o en los medios de comunicación, o se da de boca a boca, qué crees que ha hecho que aniden una de alguna manera en una cultura más que en otra.

MD: yo creo que en Argentina, por ejemplo aparece muy tempranamente el psicoanálisis y que viene de la mano de los que emigran de Europa hacia Latinoamérica por la guerra, incluso antes, hay como un reservorio que es sensible al acceso a lo que circula en los medios de transmisión de cultura y recibe transmisión directa Europa fundamentalmente. En Francia, porque tiene una tradición de riqueza cultural e intelectual con mucho apoyo institucional, en España, eso yo creo que en algún momento ocurrirá, es un proceso muy lento en cuanto a “para qué sirve, es tan largo, es cansado”, todavía hay resistencia para elementos muy simples, siendo que España fue una cultura que llegó a otros lugares en el camino inverso, por eso nombré Argentina y Francia fundamentalmente, por donde volverá el psicoanálisis a España, muy lentamente no sé sí con una generación dos más.

GC: ¿Crees que esta inmersión del **psicoanálisis en la cultura** tendría también que ver –además del contexto político y cultural–, con alguna resistencia todavía más fuerte? ¿Cómo ha influido el ambiente social de la prisa y esa permanencia de las demandas de cura rápida y la oferta de otros tratamientos que las promueven y con los que el psicoanálisis entra en competencia? Y si eso ha producido efectos en el movimiento psicoanalítico en España para impedir que se asiente más.

MD: yo creo que toda dimensión tiene su efecto, pero también creo que la propia historia tiene un peso particular, la guerra en Europa fue muy terrible, pero no esterilizó todo lo que antes de la guerra y después de la guerra, siguió produciendo a través del pensamiento del avance científico de la producción intelectual. Sin embargo en España, el efecto de la guerra civil tiene un efecto particular, recién ahora estamos en la tercera generación de esta guerra, dónde muchos intelectuales españoles que emigraron, secundaron los lugares a los que llegaron en estas tres generaciones que tenemos ahora. Se produce entonces esa combinación donde la dificultad para poder elaborar todo el hielo pendiente en una media muy alta por la guerra, y una generación que tiene un acceso muy rápido y muy temprano –la generación de los jóvenes– a una conquista de los objetos enfrente de una ocupación central del consumo como objeto de satisfacción. Entonces, los movimientos en algunas universidades son cotos muy restringidos y muy vinculados a la materia, no hay mucho interés en los medios de comunicación, ni una respuesta de aceptación en la psicología.

GC: ¿tú crees que en este sentido cuando emergen muchos tipos de terapias que ofrecen soluciones rápidas confrontan de alguna manera el **psicoanálisis** en relación a la **necesidad de un cambio** en lo teórico o no?

MD: Yo creo que es un pulso permanente porque en España o en Francia existen otros tipos de terapias, pero hay una fuerza específica en el campo del psicoanálisis que no está tan obstaculizado, hay un movimiento internacional, agrupaciones, psicoanalistas en contacto que contribuyen a que ésta situación se produzca, en todos los lugares por donde paso, pero creo que en España por ejemplo, todavía hay un velo pendiente que también ocurre a nivel de la gente, la experiencia seguida de la gente.

GC: ¿crees que sea necesario en este contexto actual en esto que estamos hablando una **renovación** entre comillas **del psicoanálisis**?

MD: No, yo no lo llamaría de renovación, creo que hay progresos en el campo de la investigación, pero quizá, e incluso en el campo del psicoanálisis, influye lo social, entonces es complejo, hay mucha gente pensando y trabajando, investigando, pero creo que no hay una aportación nueva

que suponga una ruptura con lo anterior, con lo que dijo Freud en su momento o Lacan en su momento.

GC: Las elaboraciones teóricas a partir de ese eje de Freud y Lacan son una continuación de ellos más que una ruptura, la investigación ¿gira alrededor de seguir pensando en esas mismas propuestas o cómo sería?

MD: Yo creo que hay muchos lugares que están investigando, pero esas investigaciones no han producido una ruptura. Creo que no podemos hablar de renovación, sino de progreso en sí, pues no se ha producido todavía un hecho de ruptura como el que supuso la irrupción de la obra de Lacan después de Freud, por los efectos que han producido.

GC: Lo veo en ese contexto, en el que muchas de las otras corrientes terapéuticas hablan del psicoanálisis como algo ya superado, como si fueran esas posturas las que le han superado, o como si fueran ellos la superación de esas posturas. En ese contexto planteo la pregunta, ¿realmente **el psicoanálisis está superado por la realidad**?, ¿o tiene más que aportar?, ¿se necesita renovar o hacer alguna otra cosa que lo empuje a responder a la sintomatología actual, o con lo que aporta desde ahora ya tiene una parte importante?

MD: sin duda lo que aporta hasta ahora tiene un valor enorme y diferenciaría lo que es el progreso propio de cualquier obra en el campo teórico y conceptual. El progreso forma parte del propio de trabajo, pero yo no lo veo tanto como una modificación de lo actual, lo veo más bien un proceso en relación al propio trabajo, buscando nuevas vías de desarrollo para el propio proceso de producción –quizá si Lacan hubiera seguido viviendo muchos años más– hubiera avanzado mucho más en su producción. Pero hay gente que ha seguido trabajando con la obra de Lacan o la de Freud y ha seguido produciendo. Lacan retoma la obra de Freud y la relanza, mucha gente toma la obra de Lacan y la relanza, son nombres propios, actores que marcan, no ya un momento de la vida que abre muchas vías, no sé si encontraría un tercer nombre que suponga esta ruptura, pero sin embargo me cuesta mucho pensar en la parte de obstáculo que supone el mundo actual en el campo del aporte teórico.

GC: Quizá no hay una –hasta ahora dentro de lo que me acabas de decir– una tercera vía que rompa con el paradigma sobre Lacan, con ese eje de pensamiento psicoanalítico que hizo grandes aportes, o un tercer autor alternativo en el campo teórico del psicoanálisis o en el campo terapéutico en general, sino que todo son elaboraciones e investigaciones dentro de un mismo eje.

MD: sí quizás sí, creo que el progreso, a la vez que no se ha dado todavía una producción de ruptura que marque un punto de inflexión entre un antes y un después. En la obra de alguien en el campo del psicoanálisis, hay producción, pero no creo que en este momento exista una obra que suponga una subversión de lo que hasta este momento tenemos.

GC: y concretando un poco dentro de tu práctica clínica. Empezaste a formarte en una asociación psicoanalítica con inquietudes desde el campo de la educación, luego consulta privada, luego consultas educativas y de salud y dentro de ese contexto ¿cómo ha cambiado o si ha cambiado de alguna manera tú condición como analista respecto a la atención de **emergencia** de un paciente?, por ejemplo, algo que de alguna manera haya alterado el dispositivo analítico, ya sea por la salud del paciente o que la situación del paciente demande otro tipo de atención que, sin salir del psicoanálisis, genera algún tipo escucha analítica en otro contexto.

MD: no, no recuerdo evocar ninguna situación como creo entender...

GC: Por ejemplo que hayas tenido que atender telefónicamente a alguien, en su casa por una situación de enfermedad, a distancia porque no has tenido otra manera de atenderlo, como ese tipo de circunstancias han tenido que cambiar, si han cambiado algo de tu manera de trabajar en relación de ser flexible antes se tipo de situaciones.

MD: Yo situaciones de flexibilidad si puedo evocar, por ejemplo en el sentido de no mantener el ordenamiento de la sesión, pero en esencia no me ha tocado.

GC: ¿Has **trabajado a distancia** con alguien después de haber tenido un período de trabajo presencial?

MD: no, quizá algún trabajo breve, por ejemplo en trabajo de supervisión de manera no presencial, porque la persona no tuviera otro modo. Es una experiencia con la que tengo muchas preguntas, pero tengo pocas respuestas. En primer lugar tengo que tomar en cuenta una cierta resistencia personal al uso de recursos de aproximación virtual que permitan una interlocución no presencial, por la misma razón que por ejemplo, que por qué en vez de estar presencial una persona prefiere el teléfono, que se usa mucho antes que el internet, sin embargo no usamos el teléfono, entonces eso es una primera cuestión. Por ese lado, me parece que la presencia física tiene un lugar en el diálogo analítico, la presencia física en el sentido de que hay un cuerpo juego, fundamentalmente estas dos cuestiones, no las tengo nada claras y me resulta una cuestión extraña, se me hace difícil el trabajo, es por eso que lo tengo demasiado complicado, más bien me hace preguntas, no tengo una decisión de si vale o no vale. La gente se va de viaje por un tiempo y también los analistas, de hecho tuve una paciente que viajaba periódicamente, que necesariamente tenía que viajar, entonces en una de las ocasiones me pregunto que si podíamos mantener las sesiones, yo le dije que bueno pero podíamos hablar y concluimos en que a ella si le interesaba mantener la posibilidad de hablar, pero no era retomar el análisis que teníamos y de hecho la propia paciente al retomar las sesiones, reflejaba que era como un simulacro, que en verdad lo que lo que añoraba era la sesión y la posibilidad de hablar la podía obviar, no había compromiso. Es la experiencia que tuve y que concluyó en la propia sesión.

GC: por otro lado, cuando estás trabajando clínicamente más que el tiempo cronológico depende otro tipo de sucesos en el discurso del analizante ¿cuál es el efecto clínico que tiene el psicoanálisis en los síntomas? **Sí el psicoanálisis cura algo ¿qué cura?**

MD: yo creo que el psicoanálisis alivia el sentimiento, en la medida que alguien abre las posibilidades de acceso a lo que está en juego en ese sufrimiento, entonces no salva a nadie del dolor, pero sí da la posibilidad de asomarte a ese malestar, no desde el puro sufrimiento sino desde la promesa de una significación nueva... entonces eso ya comporta cierto alivio, el no morir en el intento abriendo un campo de esperanza, en el sentido de promesa, en un sentido nuevo a lo que él tenía. Esto es algo muy presente en el recorrido de los análisis, muchos pacientes lo dicen claramente, el registro de la propia angustia o el registro en la angustia de los otros, cambia totalmente antes o después de un análisis, ya no es una alarma de peligro absoluto, de amenaza total, sino de una insistencia que, yo suelo decir a mis pacientes, ante la angustia pueden esperar dos cosas... o llama la angustia y le abre la puerta y se lo preguntan, si trae algo o si viene a buscar algo, y solo se responde porque entra como insistiendo y después del trabajo de análisis, se identifica el retorno de un señuelo.

GC: no necesariamente que lo busque, sino que lo encuentra

MD: claro, pero la angustia aparece. En general esta fórmula se me ocurrió una vez y me pareció muy aproximado

GC: entonces si el análisis disminuye de alguna manera el sufrimiento, lo enfoca de otro modo o hace que el sujeto se mire en las propias causas del sufrimiento de una manera distinta y esto proporciona cierto alivio, produce un efecto y, volviendo a esta dimensión personal en el sentido de tu como analista, podrías decir ¿qué **efecto produce en ti** terminar, suspender o cortar un análisis?

MD: Sí claro, antes, durante y después, si creo que esto queda como una experiencia propia, también el analista llega a un punto de conclusión o de suspensión, cuando el analista en su condición de sujeto de análisis, afectado por la transferencia, efectos que a poco de asomarse se registran.

GC: el término, suspensión o conclusión de un trayecto analítica ¿produce un efecto en tu posición como analista?

MD: Si, si, definitivamente. Cuando se interrumpe un análisis, se pierde una posibilidad, esto deja un efecto que, algo que se cava y se interrumpe, y ahí está el trabajo propio de volver sobre tu análisis, de revisar, qué elementos llevaron a esa interrupción, elementos que no dependen de la decisión del analizante o la dificultad de sostener el análisis y revisar el propio trabajo del analista en relación a esa interrupción. Yo tengo en mi recorrido experiencias de todo tipo de cargo a mi análisis.

GC: interpela siempre de alguna manera tu análisis personal.

MD: claro, no puede ser de otra manera. Esto no figura dentro de la conclusión, pero creo que sí, que hay una cierta responsabilidad acerca de la posición de analista que pudiste tener.

GC: después de haber concluido tu propia formación como analista y de haber concluido tu análisis, estas situaciones que de alguna manera de interpelan, ¿a qué **modo de producción** te remiten?, ¿escribes sobre ello o como elaboras estos procesos que después de haber terminado tu análisis, tienen un efecto en ti?

MD: hay de todo, a veces escribo, a veces escribo de otra manera, porque a veces busco hacer alguna elaboración en alguna transmisión, en una interlocución sobre psicoanálisis, sean o no sean analistas. Es decir, dar de algún modo, testimonio de tu propia experiencia. Otras veces lo hablo simplemente con alguien que tenga oreja y eso circula, sin programar digamos. Eso va además complejizando el asunto, porque en esas interlocuciones... cuando escribo no, porque al tiempo vuelvo a leer y se me ocurren nuevas cosas, pero cuando escribo para una transmisión con otros analistas o en una ponencia, o trabajo sobre psicoanálisis, lo que se produce en el cruce entre la escucha del otro y lo que retorna, sigue trabajando, sí, sí. Yo creo que cuesta funcionar, la máquina no se para nunca.

GC: es decir que, después de tu experiencia de análisis, este ejercicio continuo de intentar generar nuevas preguntas, nuevas reflexiones, nueva producción, ¿es como la continuación de tu propio análisis, digamos de un auto análisis continuo?, ¿o has tenido de alguna manera la necesidad, después de haber concluido tu análisis, volver nuevamente a análisis para revisar algunos casos?

MD: en relación a los casos no, más bien en relación a determinadas circunstancias existenciales en las que, si siempre me ha ocurrido retomar un análisis, no continuar el anterior, sino otro nuevo.

GC: o sea que puede darse que el lazo transferencial generado en un primer análisis se acaba con la persona de ese analista, pero que el inconsciente sigue generando nuevos lazos transferenciales con otras personas, con las que puedes confrontar cosas de tu propio saber inconsciente.

MD: si, si, es interesante esto, porque supone un enlace de lo que es la transferencia en un análisis, con lo que es la transferencia con el psicoanálisis. En realidad qué es el autoanálisis, me cuesta pensar en el autoanálisis, salvo en el aspecto en el que uno lo tiene en el diván y un psicoanalista atrás, sino en cualquier elaboración que uno haga, se necesita una interna interlocución con algún otro, con algún discurso, atribuido a los habidos anteriormente, o atribuidos a lectura, o atribuido a una escena, o atribuido a un recuerdo, es decir que sigue en diálogo, el discurso no es soliloquio.

GC: ¿tú has, digamos que en este recorrido propio, has tenido periodo de análisis de diván con diferentes analistas? En caso afirmativo, si al sentir que cada análisis siempre es diferente por el lazo con cada analista y lo que se produce ahí, has sentido que ha habido como... —no sé si decirlo así—, en términos de avance tal vez, elementos esclarecedores, o en términos de las circunstancias, no sé cómo puedes hablar de la diferencia entre los análisis.

MD: Entre mi primer análisis y otros, hay un salto. El segundo análisis ha sido desde una posición muchísimo más —cómo lo diría, iba a decir más inocente—, pero no es inocente sino es todo lo contrario, pero no es por estar avisada, sino como si en este paso del primero al siguiente hubiera yo transitado a un punto de reflexión que me habilitaba mejor al escenario y que tanto el primero como el segundo fueron fecundos y, sin embargo fueron distintos, eran momentos diferentes, con analistas diferentes, pero hasta cierto punto era progresivo. También había habido un intento de análisis donde desistí, porque no hubo un buen encuentro con el analista que había elegido, pero eso no me desanimó respecto del psicoanálisis, creo que tiene que darse, eso no se suma contra el analista o el paciente, se tienen que dar las condiciones de un buen encuentro, un buen encuentro tiene que ser fecundo, no de pasárselo bien. Algo así.

GC: dentro de tu experiencia clínica, ¿cuáles son las patologías más graves que has atendido?

MD: vinieron dos pacientes con enfermedades físicas graves que me plantearon alguna dificultad, me supusieron trabajo específico, porque cuando se hacía muy presente la enfermedad física digamos, en un caso era una niña, entonces me suponían una cierta dificultad, pero graves, no, no.

GC: esa dificultad tenía que ver contigo, con la manera de abordarlo

MD: sí, me encontré con dificultades propias en las que tuve que arremangarme y meterme más de lo que había pensado, y me resultó muy sorprendente luego.

GC: a lo largo de tu trayecto ¿trabajaste o has trabajado con síntomas derivados de la violencia social?

MD: he trabajado con la violencia institucional, y no ha sido sencillo, pero ha sido interesante y útil porque los representantes institucionales a los que se les supone cierta autoridad con respecto al resto de los trabajadores, en muchos casos fue necesario intervenir para poner límites a una especie de invasión sobre cuestiones muy importantes para familias, para niños o para adolescentes, ante los que tuvimos que enfrentarlos, no con violencia, sino saliendo a responder a una incursión de violencia.

GC: y por ejemplo con efectos de secuestros, torturas, guerras...

MD: no, afortunadamente en lo personal no me ha tocado

GC: o en casos de violencia familiar, intrafamiliar, violencia de género

MD: claro esto sí, son situaciones que he abordado apelando al psicoanálisis, pero no en posición de analista en la consulta, sino en el ámbito institucional, aportando otra posición de la que ponía la institución respecto a las escenas implicadas, intervenciones sobre familias, sobre personas y en muchos casos ha sido muy fecundo, muy interesante, porque han parado y han generado debate. Había temas en los que “las cosas son así”, sin más, en una institución donde no había mucha tradición de cuestionar lo que estaba mandado. Y eso ha sido, yo creo, fundamentalmente por el respaldo en una autorización que venía de la convicción y la responsabilidad sobre lo que estaba en juego, eran cuestiones que afectaban mucho a la subjetividad y la existencia de las personas. Por ejemplo, indirectamente tuve una intervención con muchachas adolescentes embarazadas, estaban en una institución de acogimiento a las que la institución les proponía que no establecieran apego con el hijo que tendrían porque lo iban a dar en adopción, sin ningún abordaje de la subjetividad comprometida en todo esto, entonces fuera del tema, cuando yo hablaba con estas chicas porque no tenía trabajo directo con ellas, la angustia que vivían era tremenda, no había diálogo acerca de eso, no había escucha. Entonces se puso el procedimiento de una cierta posibilidad de diálogo, que no en todos, pero en algunos casos tuvo un efecto muy bueno, en el sentido en que, una chica por ejemplo se autorizó a su deseo y se arrepintió de darlo en adopción, sin contar con recursos de ningún tipo, asumiendo la responsabilidad de su deseo.

GC: ¿algún caso de violencia sexual?

MD: no, no

GC: ¿crees que este tipo de casos de violencia en general debería abordarse de manera diferente de cómo el psicoanálisis aborda otro tipo de síntomas?

MD: creo que no, por ejemplo tuve una paciente que ella decía haber sido violada por su padre siendo ella una bebé, pero yo creo que era un caso de un fantasma neurótico grave y no era una situación de violencia actual.

GC: ¿por qué crees que no tendrían que tratarse de manera diferente los casos de violencia, como casos de violencia sexual?, ¿qué es lo que posibilita en el análisis que pueda llevar, o que pueda conducirse o que pueda apoyar la disminución del sufrimiento o si hay alguna cosa diferente que habría que hacer?

MD: yo creo que el psicoanálisis lo que nos aporta, es que el sujeto que consulta de esta situación, pueda asomarse a lo que, de lo propio tiene comprometido en esa escena violenta, estableciendo diferencia entre lo que es el tratamiento analítico y lo que tuviera que ver con la legislación, si son violadas por un padre, si el padre es denunciado, pero ahí no se acaba la cosa, frente a la perspectiva de denunciar es importante ver qué elige en un análisis, si quiere denunciar, por qué, por qué sí, por qué no, todo esto se confronta en un análisis, por eso digo, abrir la posibilidad de poder diferenciar, porque con respecto a denunciar al abusador o al violador, no se resuelve el tema, reciben una sanción y se cierra. Sin embargo, hay un trabajo específico en psicoanálisis que abre un espectro que si no, a lo mejor no se abriría, toda esta cosa de denunciar, denunciar, denunciar, ¿quién denuncia, por qué, ante quien, quien recibe la denuncia y qué va a hacer con eso?

GC: y para qué

MD: Sí, y para qué, claro, claro.

GC: básicamente, lo que el psicoanálisis está ofreciendo en este sentido es escuchar el sufrimiento, de donde venga, del síntoma que venga y posicionar al sujeto de una manera distinta frente a él.

MD: claro, porque de lo que se trata es de poder asomarse, abstraer alguna verdad en toda esa escena, escena que quizá produce un efecto de tensión, pero en este vínculo de violencia sexual, se juegan muchas cosas, entonces que el sujeto en análisis pueda asomarse a lo que hay de verdadero, propio en eso, puede entonces reconocer al otro como otro y esto de entrada es ya un gran aporte para la persona, porque eso le permite autorizarse en lo propio. No corresponde al trabajo del análisis establecer juicios de culpa o desculpabilizar, sino de abordar lo que de verdad se pueda extraer de lo sucedido y ya el juzgado establecerá la pena, si es culpable o es inocente, que es totalmente otra cosa, separa campos que es indispensable ver separados. Ni la denuncia por si misma alcanza, ni desconocer, si hay una instancia distinta al campo de la propia subjetividad, que puede ofrecer alternativas cuando convenga, porque no hay recetas para todos por igual, como nunca lo hay para todo. Creo que por hoy, ya.

GC: Muchísimas gracias Mabel por tu tiempo y tu compartir.

Junio de 2017

Entrevista 9:

GC: Gracias por aceptar la entrevista. Se trata un poco de que nos compartas tu experiencia profesional en psicoanálisis y un poco por qué el psicoanálisis, desde dónde vienes, cuál es tu **formación** y por qué el psicoanálisis y no otra cosa.

AH: Como todas las cosas se enganchan con la historia, es una historia propia, una historia vivida. Cuando yo era niña, mi madre tenía una amiga que era neuróloga y estaba en la Asociación Psicoanalítica, la que pertenece a la internacional. Entonces ella siempre estaba con un tomo de Freud debajo del brazo, veía a menudo a mi madre, venía a mi casa con tomos de Freud y lo recuerdo bien, verdes de Amorrortu y hablaba siempre, estaba muy entusiasmada y escuchaba las conversaciones, yo tenía 7 u 8 años tal vez, sabía que había algo interesante y además ella me gustaba mucho, como siempre, todo empieza como una cuestión transferencial. Me parecía importante, la admiraba mucho y no entendía bien, pero sabía que había algo importante e interesante. Luego supe que Freud hablaba de sueños y bueno yo soñaba mucho, y me parecía que iba a encontrar algún saber para explicar las cosas que me pasaban y, pues nunca dudé relación a que allí, en el psicoanálisis se planteaba el núcleo de algo realmente importante en lo que concierne al ser humano. No obstante, cuando empecé psicología, que empecé con mucho ímpetu a estudiar lo que viniera, pues estudiaba todo con avidez, tuve mucha curiosidad por conocer las distintas teorías y entonces, cuando dábamos teorías cognitivas las estudiaba a fondo, cuando dábamos teoría gestáltica también estudiaba a fondo. Teníamos en la formación, yo hice psicología en lo que, bueno, hoy vendría a ser la universidad privada, en aquel momento porque estábamos en plena dictadura y la pública estaba cerrada, la habían cerrado los militares y luego cuando la abrieron, solo permitían corrientes cognitivo-conductuales. Todo lo que tenía que ver con el psicoanálisis era algo que estaba, yo no sé si prohibido del todo, pero casi, era una cuestión clandestina, la gente se reunió en grupos, estudiaba y como además, también por la familia había tenido permanentemente ese contacto con los exiliados, los presos, los desaparecidos, pues no se me ocurría otra cosa, no se me ocurrió estudiar la cuestión oficial, sino estudiar por los caminos de los desvíos, por lo diverso, el que estaba prohibido, donde yo veía que había algo interesante. De todas maneras me dije a mí misma, que antes de elegir una orientación, quería conocer a fondo todas y como te digo, sí que estudie varias e incluso hasta llegue a dar clases de teoría de gestáltica que la encontraba bastante interesante, pero mucho más se encontraba interesante la psicopatología existencial de Bisbanger que estudié mucho, las teorías junguianas, pero siempre comparando con el psicoanálisis que también aprendí en el instituto. Las otras nunca me cerraban del todo, me parecían demasiado cortas las explicaciones, demasiado sencillas y el psicoanálisis, siempre resultaba una cosa enigmática, siempre había más que estudiar, más que saber, movía una cuestión como del deseo. Por otra parte, se juntó con eso que yo ya los 12 años, había estado pasando bastante mal con una situación familiar, con mi hermana particularmente, qué durante 5 años estuvo desaparecida, hasta que supimos estaba viva y en el exilio, pero en esos momento yo tuve que recurrir a una psicoterapia, entonces, a través de esta amiga de mamá a dónde me enviaron, sin lugar a dudas, era a un psicoanálisis, entonces hice un psicoanálisis, experiencia que tuve desde muy pequeña, con la que tuve ese contacto.

GC: entonces tu primer psicoanálisis ¿fue a los 12 años?

AH: Bueno, no sé si lo llamaría análisis, luego yo no quise ir más, te diría que fueron a sesiones, pero recuerdo muy clarito por ejemplo, un sueño que conté y la interpretación del sueño por un analista que, bueno hoy es una de los más importantes en la internacional, entonces tuve contacto con el psicoanálisis como experiencia, y eso es una marca que es difícil de sacar cuando algo se produce, cuando algo va bien, entonces después de eso, a los veinte y pocos, durante la carrera me incursione por otra teoría, pero ninguna me cerraba.

GC: ¿por que cuáles otras teorías te fuiste?

AH: Pues las que te he mencionado, junguiana, psicopatología existencial, teorías cognitivas, las teorías cognitivas me parecían siempre de una simplicidad enorme, demasiado, pero lo interesante es que yo lo hice sin perjuicio, realmente quería saber si me convencía que por ahí va la cosa del humano, el dolor, como tratarlo, etcétera, lo hacía, me metía, pero realmente las encontré demasiado simples, eran muy psicopatologizantes: “si tienes esto, eres esto, entonces tienes que hacer esto”, y esas cosas que nos pasaban a todos los estudiantes, que nos parecía que teníamos todas las enfermedades habidas y por haber, pero toda teoría que no cuestionara las etiquetas y que diera explicaciones rápidas, a mí no me cerraban, entonces, pues nunca tuve demasiado duda en eso, en ese sentido lo que hice fue incursionar por diferentes tipos de psicoanálisis, porque no hay uno, si se quiere, yo soy una buena candidata para el psicoanálisis internacional, no solo porque conocí a mucha gente a raíz de esta relación que acabo de contarte, gente de la Internacional psicoanalítica, sino porque en aquel momento estaba muy idealizado eso, la mayoría de mis compañeros iban a entrar ahí, pero a mí tampoco me cerraba del todo, si bien era psicoanálisis, me parecía que tenía algo de sobre interpretación, entonces en el año 84 escucho por primera vez, a un grupo de profesores que trabajaban en equipo, algo que se llamaba psicopatología psicoanalítica. Los nombres, yo que sé, no son las cosas, en realidad lo que ellos hacían era hacer conocer el discurso lacaniano. Entonces otra vez, yo siempre entro por la experiencia de vida y después por el saber, no es el saber *a priori*, empecé las clases, las daba un profesor muy distante, muy temido por todos y yo me enganché de veras, y no con el profesor ni con el discurso, sino con la letra de Lacan, porque recuerdo que nos había dicho que Lacan decía que, una de las respuestas ante la angustia, es la respuesta del amor y lo explicaba muy bien, explicando cuál era la idea de la angustia y por qué, y en qué sentido el amor tapaba como respuesta, y como yo tiempo atrás, había estado muy angustiada y me había enamorado, entonces aquí había algo importante de los sujetos. Entonces empecé a estudiar con avidez la teoría de Lacan y no lo deje durante más de 20 años, luego **entré en análisis** rápidamente, estuve en análisis otros veinte años y también veinte años en la escuela y bueno, era una escuela muy muy dura, en el sentido de la exigencia, o sea rápidamente tenías dos cosas, quedándote de espectador escuchando lo que demás decían, o te metías a estudiar, por ejemplo, convocando a otros para que te escuchen, haciendo charlas o seminarios. Pronto empecé a dar seminarios, al principio cortos, otros más largos, sobre temas de interés, y durante años tenía un seminario por año sobre algún tema. Profundicé muchísimo en eso, siempre pivotando con la filosofía en realidad, porque ahora que lo pienso, también se agrega otro hilo a esa trama por la cual entré, yo adoraba la filosofía, también me parecía que decía cosas muy importantes sobre lo humano, me sentía identificada, me invitaba a pensar, me gustaban mucho los pensadores. A mí me parecía una cosa importantísima en la vida, yo antes de entrar en psicología, había entrado en Ciencias Económicas, creo que un poco por esta historia con mi hermana que estudiaba Ciencias Económicas y quizá por eso, la desaparecida creo que iba por ahí, a mí que me había ido siempre muy bien en el Liceo, con sobresalientes, me empezó a ir horrible, perdía contabilidad porque no entendía nada, no entendía deudores a cobrar, cheques a pagar, asientos, yo era como que me acuerdo que pensaba, pero “¿y esto qué tiene que ver con la vida?”, claro para mí era de una ajenidad, en cambio cuando yo leía psicología, me di cuenta que no podía hacer otra cosa, que esta es la forma de entender la existencia para mí, por ese lado.

GC: ¿Cuándo empezaste a **trabajar** de manera clínica con pacientes, en institución o por tu cuenta?, ¿cómo fue?

AH: Como te decía, hice toda la carrera con mucho deseo de aprender, mucha avidez, eso implicaba deseo meterme en campo y en terreno, yo ya tenía experiencia de trabajar en otra cosa, había sido profesora de matemáticas, yo hice mi carrera estudiando y eso me había ayudado mucho sobre el contacto humano, te tienes que jugar ahí, en el liceo nocturno, con gente grande que venía de trabajar, a los cuales ayudaba siempre, entonces el contacto con los otros lo tuve desde el principio y también mi primer trabajo como psicóloga, había sido en un

centro cooperativista que me invitaron para dar charlas sobre cosas psicológicas, liderazgo, yo qué sé, dinámicas de grupo, problemas en los grupos y entonces, lo que viniera, di muchas charlas y las charlas eran en el interior del país, a todo tipo de gente, por ejemplo a campesinos, yo sé, líderes cooperativistas, trabajadores de la radio en distintos lugares del país, eso me dio mucha baqueta y enseguida me di cuenta que había mucho deseo e interés de las personas, por todo lo que tuviera que ver con abordar la experiencia de lo sensible, entonces apenas empecé la Facultad, yo ya ni me acuerdo, uno de los curas —porque el instituto era de los jesuitas—, me dieron una cátedra como ayudante de Epistemología y también me dieron un trabajo, sin pagarme claro ¿no?, que era con las hermanas Oblatas, en un lugar donde recogían a chicas adolescentes que no tenían donde vivir, estaban en ese hogar y me habían contratado como psicóloga sin pagarme, le dije a una compañera, trabajábamos juntas, hice mis primeras entrevistas clínicas, me lo tomé muy en serio, con lo cual yo pagaba mi propia supervisión en la escuela, tenía mucha avidez de aprender, allí estuve un tiempo largo, hasta que me di cuenta que me topaba con los límites de la institución, digamos, era lo que yo podía hacer hasta que las monjas decían que podía hacerlo, no podía hacer más cosas, entonces te empiezas a dar cuenta qué lugar ocupas y cuáles son las cosas que tú tienes que ceder para poder estar o para poder hacer algo, es toda una suerte de negociaciones. Me acuerdo por ejemplo, que en aquel momento había visto que una chica tenía que salir, que no tenía que estar encerrada, tenía que salir y bueno lo planteé y las monjas me dijeron “no, porque esto y lo otro” o yo quiero conocer a la familia, bueno, “no se puede”, en fin, los límites que te ponen otros. Y recuerdo también otra vez —a las sesiones, venía quien quisiera, nada era obligatorio, podían entrar y salir—, una chica realmente empezó una cosa que podría haber sido un buen análisis y me dijo, apareció una cosa como de una forma desafiante y triste “lo que pasa es que tú, como todos los que están aquí, vienes de paso, en realidad todos vienen y se van”, eso me hizo pensar mucho, porque yo creo que tenía razón, entonces sentí que me jugaba quedarme ahí en un lugar donde es difícil hacer cosas, porque incluso te cambiaban los lugares, un día había un consultorio y al día siguiente había otra cosa, más bien estábamos destinadas a estar ahí, para qué pudieran decir que las chicas tenían en tratamiento psicológico, pero no para que éste fuera efectivo en verdad, entonces finalmente me fui de ahí, pero eso fue un trabajo clínico a poco de comenzar. Luego por ejemplo, cuando nosotros empezamos las prácticas en el Hospital Vilardebó, el hospital psiquiátrico de mi ciudad, el público más importante, pues yo también trabajaba como demás, también gratis, el psiquiatra que era el profesor me había ofrecido si no quería acompañarlo en las guardias, entonces pasábamos la noche en un consultorio recibiendo gente, lo que yo vi ahí fue..., bueno tampoco lo liaré más, por ejemplo, recuerdo esta imagen que me hizo sospechar de la psiquiatría, es horrible que lo diga así, de ciertas posiciones, porque sí que había el etiquetar al otro, sí que había el cosificar al otro, realmente lo había y este no era un mal tipo, es que era así, y recuerdo una vez, era una escena violenta, vino alguien en una crisis de violencia importante y los enfermeros, le agarraban horrible y cuando salió el psiquiatra, cogió de su chaqueta un frasco de pastillas y se las tomó una tras otra más, de una, no sé, la sensación que tuve fue que no sabía quién estaba más loco. Bueno yo creo que también me hizo poner un poco de límite a tanta avidez y tanta cosa, eso fue también un trabajo que hice durante algún tiempo, y enseguida empecé a trabajar con pacientes, supervisando siempre, primero este trabajo en la institución, supervisaba con un psicólogo grupal para pensar las cosas de los grupos y luego los trabajos personales, hacía supervisión y empecé enseguida y no pare nunca en realidad, yo qué sé, tenía como 31 años y sin parar eso. Después estando ya en la cuestión académica como profesora, fui jefa de un equipo de atención de adultos a pacientes que consultaban desde el Ministerio de Salud Pública y allí la atención era de todo tipo, yo tenía que atender a pacientes y supervisar lo de los otros, compartir, presentar en ateneos clínicos, me olvidé otro previo, también trabajé en el Hospital de Clínicas como supervisora de terapeutas actuantes, los terapeutas atendían y semanalmente se reunían y veíamos los casos clínicos y yo era la supervisora y una vez por semana se presentaban en el Ateneo, así durante 5

años hasta que, no por el trabajo clínico, que era lo que más me gustaba, sino por redes, la cuestión institucional porque era muy distinto, trabajar en una institución clínica.

GC: ¿Porque?

AH: por muchas cosas, primero hay un **discurso institucional** también lo hay, cuando uno trabaja, uno nunca está solo, por ejemplo, cuando trabajas de forma independiente por tu cuenta durante tú tienes una responsabilidad, la sientes y tienes un deber, yo controlaba mis casos, o sea no podía no controlar porque en la escuela eso forma parte del discurso para ser parte de la escuela y trabajar como analista, y luego la nominación que daban si eras analista o no eras analista, tú tenías que trabajar sobre los casos, tú tenías que presentar, tú tienes que saber, eso estaba inserto en un discurso, tampoco podías hacer cualquier cosa, además, al pensar tu caso con otro, tú estás ligado a ese discurso, lo cuestionas, lo acatas, lo comprendes, pero no estás solo del todo en una institución pública, porque el otro también es una institución si se quiere, ya entran a jugar muchas más cosas, por ejemplo, vamos a tomar la de la Universidad, la última, no la del hospital, la última. Por un lado, estaba el discurso de la academia o sea, allí todo lo que se hacía luego era evaluado, considerado cómo bueno o malo, como de investigación o no de investigación, en fin, y además todo lo que tú haces está tan ligado a eso, desde ese punto de vista, por ejemplo, bueno si tú eres un profesor que tienes que dedicar a la docencia y a la investigación en extensión, la clínica que tú haces está dentro de la extensión, entonces, eso no se hace porque tienes que cumplir tantas horas, cuestiones éticas, esto se puede hacer, y esto no se puede hacer. Se generan discusiones permanentes como de hablar entre colegas, pero no es lo mismo por ejemplo, cuestiones que influyen en la clínica, tú estás obligado de hacer un informe de lo que haces permanentemente y no puedes decir que lo que haces ahí no está para curar, yo podría cuestionar el término de cura cuanto esté trabajando libre, en la institución no puedo, no puedo cuestionar el término curar, ahí tengo que demostrar que es lo que logró el paciente, entonces es una zona de enorme tensión para el psicoanalista porque todo ahí son negociaciones, tienes que adaptarte sin perder tu propio camino ético y además sin perder tus propias ideas hacia dónde tiene que ir el tratamiento y lo que tienes que hacer, y muchas veces, entran en coalición por ejemplo, el tiempo de tratamientos, en las instituciones, porque este es el otro, yo hablé de lo académico, luego está el discurso sanitario, el de la institución, porque nosotros debíamos de dar informes, no solo a la Universidad, éramos docentes, pero en el Ministerio de salud pública eran profesionales, ¿cómo era eso de ser profesionales y docentes a la vez? ahí está el asunto del cobro, nosotros no cobrábamos, si pasaba algo teníamos un problema, pero no cobramos, estaban los contratos para decir que no, que lo que hacíamos era investigación, pero en fin, demasiada cosa que quitaba mucha libertad a la escucha entre otras cosas, porque teníamos el tiempo contado, eran seis meses y en fin, se acabó y por más que quisieras, con cosas muy absurdas también, como esta idea que al principio, después se cambió, pero al principio, si alguien necesitaba más, tú no podías continuar con él en un tratamiento particular, porque entonces eso quería decir que tú estabas, se suponía que eras jodido, antes de empezar, se usaba la transferencia como si fuera una captura del otro, tú enganchas a la gente transferencialmente para ganar plata porque todo el mundo estaba desesperado por trabajar, entonces nosotros lo que hacíamos era, se armó todo un convenio para contratar psicoterapeutas externos, entre comillas, pero a los cuales también se les daban 6 meses, y luego tenían que **hacer un informe** y no sé qué, y también esos **informes** estaban teñidos con ese discurso, porque a veces esos informes, los leías y era un mamarracho repetitivo, decir las mismas cosas, decían si cumplió, si la paciente mejoro el síntoma que trajo, muy cosificante también y muy medicalizado, muy psiquiatralizado porque las instituciones sanitarias también se pliegan al discurso médico, a poco que empiezas, la gente empieza a hablar como si fueran médicos, también, para el psicoanálisis es una zona de tensión enorme, así es como yo lo veo, pero a la vez vale la pena ese intento, porque si no, el psicoanálisis quedaría como relegado a una suerte de elite, de gente que lo puede pagar. Entonces yo a la vez, **he escrito** y presentado sobre casos clínicos, y me ha ido bien y he ganado concursos con escritura de esos casos de

pacientes, y yo diría que hay cosas que son verdaderamente analíticas, entonces ¿cómo es la cosa? sí que puede ocurrir. También ésta, que es la parte más positiva que a mí también me tocó, que el servicio se estaba creando, yo pude diseñar, cosas por ejemplo, un formato de historia clínica que fuera más psicoanalítico, que no fuera un informe. Por ejemplo, donde incluía que una cosa que la inventé, pero después que me fui se cambió, o sea cada uno, cada maestro con su librito y chao, pero mientras estuve por ejemplo, la historia clínica se hacía incluyendo al paciente, era como una cosa, más una intervención, más que en lugar de describir que fulanito tiene esto y esto, entonces yo le decía, “mira yo escribí esto a partir del recorrido de este tramo”, “yo escribí esto”, y se lo leía, como había venido para mí, que había pasado, como había transitado, “¿usted qué dice de esto?”, la mayor parte de las veces decían que se reconocían en el camino, pero a veces también agregaban por ejemplo, no pongas esto, no quiero que quede en mi escrito esto que yo le conté del abuso, pues no lo pongo, ¿comprendes?, “o agregue esto, yo no se lo dije, pero agregué esto, porque esto también soy yo”, lo agregue, entonces era interesante esa escritura. Después escribí sobre esa cuestión, porque era interesante que fuera un hito más, una palabra más que formaba parte de una historia creada entre dos, que formaba parte un poco más cerca del psicoanálisis, si se quiere informar, de formar parte del archivo totalmente medicalizado y además muy peligroso porque la gente no sabe, aunque sepa, es un saber que no se sabe, que esos informes andan por ahí y cualquiera los agarra, cualquier cosa y así están las historias de la gente que debían estar mucho más cuidadas, más respetadas, quizá me fui por las ramas perdona...

GC: Por ejemplo, en la actualidad, ¿cuál es tu **campo de trabajo**, dónde estás, qué tipo de pacientes llegan a tu consulta, que puedes decir sobre eso?

AH: No tengo especialización, no fui por el camino de especialización, especialización en niños, en anorexia, en lo otro, no fui por ese camino, simplemente tome la apuesta de jugar a la palabra a quien quiera, algo muy abierto, por eso te podría decir que tengo gente con la que trabajo de distintas historias y distintas situaciones, pero si me ha pasado que si me piden una consulta para niños digo que no, empecé trabajando al principio, no sé por qué no, pues eso ha marchado bien, debe ser algo personal quizá, me canso mucho, es un trabajo muy largo porque es mucho trabajo con los padres y pues sí bien, tiene eso que recuerdo, son tratamientos más bien cortos porque los niños resuelven rápido, pasan cosas, todo es más vivo, más intenso, los que me daban mucho trabajos son los padres y algunas frustración he tenido, tengo una por ejemplo, siempre me acuerdo porque me habían traído un niño porque tenían el miedo que fuera homosexual, porque al niño le gustaba cocinar, esto es lo que veían los padres, hoy en día habría tenido más elementos, probablemente no habrían podido decir eso, hoy le podría haber dicho todos los hombres cocinan, pero en aquel momento no, y el niño estaba tan bien en ese análisis, tan contento y moviéndose, y bueno pues como yo no, no conteste se ve, se ve que querían que dijera homosexual, lo sacaron del análisis y me dio mucha pena, era bastante ingrato. Luego he trabajado con adultos y con adolescentes menos, pero también luego, he trabajado lo que podría llamarse psicosis, cuestión que me encanta también, realmente me gusta.

GC: pero ¿trabajas en la institución o en tu consulta?

AH: No, no, en mi consulta, ya en la institución no trabajo más, trabaje en las instituciones, después en la Academia, en la parte como profesora y después ya no, después solo mi consultorio, ahora solo en mi consultorio, me interesa mucho trabajar con la psicosis, pero tampoco es que tenga tantos pacientes, que podría llamarlos en ese, me interesa porque me interrogan, me convocan, me agota eso sí, pero también me agotan otras situaciones, después de todo, la psicosis, a veces parece mentira, cuando hay movimiento, hay movimiento, cuando no hay, no hay, pero es otra cosa, pero en cambio a veces hay neurosis coaguladas en el tiempo y no pasa nada, y no pasa nada, y no pasa nada, y eso sí que es terrible, eso también me agota, pero bueno sí.

GC: Y por ejemplo, ¿**situaciones de emergencia** que te han tocado? como por ejemplo desastres naturales, secuestros, algo de violencia, alguna cosa, crisis de angustia o de ansiedad, que te tenga que llamar en la noche, una situación de emergencia, ¿cómo lo has trabajado, si lo has trabajado desde tu consulta, que criterios has tomado para ello?

AH: Desde la institución, estoy pensando en el Hospital de Clínicas, una vez, una tragedia espantosa porque se cayó un techo de una piscina de un club, murió una chica y se generó un caos, entonces consultaron y se fue como en grupos y la experiencia fue como coordinar grupos, porque paralelamente con el psicoanálisis, yo he tenido mucha experiencia como coordinadora de grupos, también en eso me formé y me encanta, con una gran tensión, puesto que para los lacanianos no era esperable que se trabajara en grupos, pero yo no cedí en ello y me alegro de eso porque aprendí muchísimo y bueno, en aquel momento, en aquel momento la experiencia era coordinador de grupos, también lo hice con el trabajo en el Ministerio, inventé unos grupos que se llamaban de luces y sombras, poder hablar, le llamé a uno, venía la gente, con médicos, ahí me parece que he trabajado con aquellos que se enfrentan a situaciones de emergencia, capaz que de forma indirecta si quieres. Luego salidas de noche no recuerdo, pero sí consultas a domicilio, también consultas en el hospital si estaban internados, ¿cuál es mi criterio?, pues no tengo perjuicio ninguno en ir, yo en eso voy donde sea, soy muy freudiana, en eso entiendo que una buena sesión puedo ocurrir donde sea y además, si alguien te requiere el valor de la palabra, es inmediato, pues sí, me ha pasado ahora que pienso en la noche viajando, que me han llamado “Ana estoy horrible, estoy muy angustiada, pues bueno qué pasa”, cojo el teléfono y ya, y hablamos.

GC: Eso se junta un poco con continuar **tratamientos a distancia** por ejemplo, y ¿cómo ha sido eso en tu experiencia?, ¿tú has iniciado en tu experiencia algún tratamiento a distancia o es uno que ya está en curso, ha tenido sus momentos en que ha sido distancia?

AH: Estos son tratamientos que están en curso y que de pronto me llaman por una situación angustiosa y es cierto que me han agarrado de noche, pero también por la diferencia horaria, pero por ejemplo ahora no estoy en mi país, pero antes de irme he dicho “cualquier cosa, yo estoy disponible” y me parece importante, y sobre todo con la psicosis, por ejemplo esta idea que es teórica, pero yo creo mucho en eso, es una teoría muy buena, el analista está siempre disponible, una disponibilidad sin espera, no es esperar sino estar disponible, eso la otra persona lo siente, esa misma posición es la que mantengo con todos, pero sí, una vez incursioné en un tratamiento a distancia, un psicoanalista argentino me derivó a una señora, y me dijo que era grave, sabía que me gustaba trabajar con situaciones desafiantes, digamos así, y esta persona estaba en un país cercano, tampoco estaba en la capital, sino en un pueblo y entre todos los síntomas que tenía, estaba encerrada, solo se comunicaba con el mundo a través de su computadora, pues decidí que sí, pero fue muy difícil, muy difícil, primero, lo que a mí me pasa ahora, es que tratándose de pacientes con los que yo trabajo, ya sean las conexiones de Skype como de WhatsApp, se hagan con vídeo, con audio, que se han naturalizado a punto de que parece que estuviéramos ahí, por ejemplo atendiendo una persona mayor de 70 años, eso también me interesa, como alguien consulta a los 70 y pico de años, está muy interesante, pero a veces me dice “estoy con gripe, no puedo salir, ¿puedo llamarte a la hora?” y me llama a la hora y tenemos la conversación telefónica, por ejemplo y realmente no le siento la diferencia en lo sustancial, por supuesto que podría hacer las diferencias y explicar todo esto de la presencia, pero volviendo al tema, aquel tratamiento falló rápidamente, no fue un tratamiento, la señora no se entregaba a la palabra, tampoco tenemos posibilidad de vernos, no sé porque, supongo que no existiría Skype, hace muchos años de esto y no funcionó, y entonces no tomes ese camino la presencia, es la presencia.

GC: Ya me mencionaste algunas situaciones graves, que no hay una especialidad de concreto, pero por ejemplo, en cuestiones como en **casos de violencia** ¿te ha tocado atender alguna cosa emergente al respecto?

AH: Pues sí, en el servicio dónde trabajaba estoy recordando dos situaciones de violencia, una mujer golpeada. Recuerdo la situación y recuerdo que funcionó muy bien, pero no podría evocar detalles, lo que sí recuerdo en aquel momento es que yo había aprendido, bueno por mi formación y por escuchar, porque cuando te formas en clínica en estos veinte años, formación que fue muy intensa, no solo trabajas con tus casos, sino que trabajas con lo de los otros y piensas, yo había aprendido que la introducción de una real legalidad en los procesos donde hay violencia, que empieza a decirse, pero que aún se mantiene en silencio, aún se mantiene el enganche con el victimario, en fin, etcétera, es importante una suerte de, cómo lo iba a decir, de ultimátum, bueno, pero esto lo tiene que denunciar, a veces era el proceso, no más solo para llegar al porque sí o el por qué no, para la denuncia, importancia de eso, teniendo en cuenta que ya hablarlo era importante, que también era importante, pero bueno eran procesos, cuando se estaban recién empezando, eran procesos muy difíciles, porque era cómo empezar a darse cuenta de todo y con el miedo, trabajar con el miedo no es nada sencillo porque en esa posición que te digo, esto hay que denunciar, en realidad uno se puede poner en el lugar del que no hay que tener miedo, pero uno no lo tiene, bueno se puede hacer y también en un lugar de cierta comunidad, o sea que tú puedes alojar la violencia y el dolor, eso me parece importante o sea que, cuando tú escuchas algo así, tú lo puedes acoger, lo puedes alojar, entonces poco a poco pueden aparecer cosas más terribles, entonces puedes decirlo. Y después estoy recordando en este momento, otra situación de violencia, esto había sido el padre que había tirado, bueno aquí en consulta y a su hermano y les había prendido fuego, y luego esta mujer, la que la consulta era violenta con sus hijos, bueno en fin he trabajado y, hoy por hoy, también entonces tenemos que definir la violencia, porque hay tantas formas, pero hay algunas en dónde tú sientes enseguida cuando hay algún exceso que toma la vida, una cosa que tiñera toda la existencia de alguien, como si todo lo demás fuera pequeño al lado de eso, la gente hace cosas distintas con la violencia. También estoy atendiendo a alguien por ejemplo, qué yo podría decir, si hubieron situaciones de enorme violencia, a ver... una imagen, la madre golpeándole la cabeza contra la pared, no una vez, sino muchas veces, es una escena de enorme violencia, en otra escena tomándola en los brazos para suicidarse, pero con ella en los brazos y sin embargo, bueno algunos suelen llamarle resiliencia, yo prefiero no usar palabras que explican todo demasiado rápido, eso me parece ¿no?, pero bueno es una... es alguien que se subjetivó exquisitamente, con una potencia en el sentido spinoziano increíble, la niña que vivió todo esto por supuesto, porque la cuestión está en qué es lo que hizo con eso, cómo se significó, cómo se entramó, esa misma madre a la vez, le daba cosas locas totalmente y maravillosas, entonces estoy hablando de una persona que ha tenido, si se quiere, un proceso sublimatorio increíble, no tú no puedes decir que porque haya habido algo espantoso, entonces la vida de alguien vaya a ser espantosa, no puede ser, no es así, no es así, entonces realmente son construcciones muy singulares, hoy por hoy, trabajo con singularidades, hay algunos que pueden salir y otros no, y otros que viven paralizados toda la vida por situaciones que, aparentemente no serían tan violentas, pero que le han marcado la vida, estoy pensando en otra persona, un analizante que atiende cuya madre, cuando se separa le dice acerca del padre que se fue, le dijo “se fue por tu culpa, se fue por tu culpa”, y solo esa frase es un poco gordo que lo digas, fue tan violenta y tan atrapante en la vida de esta persona, de esta mujer que ya tiene 40 y largos, que no pudo hacer demasiado con eso, casi nada, fijada en cuestiones en su vida amorosa y erótica donde aún interroga eso, aún no disculpa eso, no lo puede entender, demanda y pide que eso no es así, que por favor, que no sea así, se paralizó en su vida, eso ha sido enormemente violento, bueno las palabras también son muy violentas, las palabras, las tramas tiene muchas cosas, ¿qué se hace con esa violencia, que otras cosas hay? también por ejemplo, estoy pensando otra, la verdad que la violencia está siempre por todos lados y esto me llamo mucho la atención, muchas veces porque uno lo vive solo una vez, esta otra chica que con la cual voy a hablar, que terminó su análisis, la verdad que un buen proceso, difícil también, pero también había una madre violenta, ahora yo no recuerdo exactamente, la violencia de la loca, igual que la madre

de la cabeza con la pared, tenía un grado de locura enorme, esta chica siempre la defendía, a mí me llamaba mucho la atención, la sostenía como pasa con las víctimas, con las mujeres golpeadas, como aquella muchacha golpeada, siempre me llamó la atención, que siempre a otros violentos, lo primero que yo escuchaba era sostener, y donde yo más jovencita y tal vez oradaba más esas figuras y yo cuestionaba demasiado, ya venía la suerte de enojo y un cierre, porque una vez escuché a alguien kleiniano que para mí, uno aprende el psicoanálisis en todas las oportunidades obviamente, cuando hay alguien dispuesta para eso, siempre hay alguien boludo que está para repetir y figurar, no, pero cuando hay alguien jugado desde un ánimo, uno aprende mucho, entonces me acuerdo de alguien que explicaba que kleinianamente, no winicottianamente de lo que trataba, coincidía con esta visión, con esta perspectiva que yo tenía, interpretaba que lo que trataba el sujeto en ese caso, era preservar a la víctima, preservar lo bueno, es como un creer, que bueno, pues tiene que haber algo bueno en ese, pero sí, me asombró siempre el nivel de pegote, de unión, de cosa terrible, cómo un sabotaje, como si se salvará al loco o al violento, muy difícil y entonces yo, recuerdo que siempre eso me había servido en la clínica, pivotaba en las intervenciones, porque siempre la idea más interesante, fue mostrar el no todo, el no todo es terrible, pero tampoco es una violencia que tiene que irse corriendo, salvo en los momentos de límite, en esos momentos en los que te dije, esto hay que denunciar o cosas así, esto ya esto es así. Como tuve que decirle en una sesión, le tuve que decir, por qué surgió, algo hizo que lo dijera, en relación a una señora hoy, que estábamos hablando del juego, lo que ella había vivido en relación al abuso de su abuelo, un abuso, un manoseo, un toqueteo un acercamiento del pene, esas cosas así, que nunca son demasiado descritas, le dije “¡eso no era un juego!”, pero fue el tono en que lo dije, “¡eso no fue un juego, eso no fue un juego!”, es una sanción, es una sanción fuerte, es un golpe, eso no fue un juego, por ejemplo, para quien aparecía una escena con ciertas dudas, porque bueno, seguramente estaba revestido de un juego, pero no lo fue y solo esa sanción alivia, entonces ahí está el uso de la palabra.

GC: O sea que has atendido casos de abuso sexual, ¿de violación o de incesto?

AH: no, no.

GC: Puede ser que también algunas formas de abuso encubran alguna forma de incesto, que no se dice, que no se alcanza a mencionar, porque la mayoría tienen una conexión ahí entreverada en ocasiones

AH: Bueno no sé si lo llamaría así, situaciones de abuso de abuelos, dos.

GC: ¿Fueron tratamientos largos?

AH: Uno está siendo y el otro no. Había muchas cosas buenas que estaban pasando, quiero decir con esto, movimientos que yo veía interesantes, pero con el primero que no fue largo, tuve la sensación de que, de que había algo que no se podía atravesar mucho, no lo sé.

GC: ¿Pero no habrían llegado con ese motivo de consulta o si, en específico?

AH: Nunca llegaron con ese motivo de consulta, siempre sale después, estoy pensando no son dos, ahora estoy trabajando con dos, ya llevamos tres, y ni que hablar todas las que escuché con las hermanas oblatas, más en el servicio y además que yo incluyo los casos que, aunque no los escucho yo, son de los colegas que superviso, los incluyo hasta ahora por ejemplo, porque me has dicho incesto, había una situación de un niño que está institucionalizado, o sea que precisamente lo derivan al centro de protección a la infancia, que de protección no tiene nada, por incesto con la madre, es una cosa fuerte esa, no es nada común, un niño de seis o siete, lo interesante es que a nivel internacional, bueno se le provee un tratamiento enseguida, tratamiento psicológico, con una psicóloga asociada allí, pero por alguna razón, que ahora no me acuerdo, se le quitó la psicóloga al niño, la reacción además, parecía tener que ver con, algo así como “con ese niño, no se sabe qué hacer”, también el niño estaba trabajando muy bien con su psicóloga, con la que además tenía una buena relación y la psicóloga estaba bien, le cortan el

tratamiento por una situación institucional estúpida y no le permiten continuarlo fuera, y entonces, bueno alguien que tiene un buen oído y siempre por la micro política y se entera de esto, qué se yo, pide acá, organiza esto, busca allá, y finalmente permiten que la psicóloga siga atendiendo al niño y lo que yo vi, fue una foto de la psicóloga con el niño, foto casera que finalmente proporcionó la persona que logró que lo pudieran atender, con una felicidad, que me dio mucha alegría, como a veces te diría, que es un caso de lo singular, la lucha por el detalle, las micro políticas, los pequeños gestos, lo que pasa, por unos y otros, yo desde mi lugar, yo en ese caso estaba, yo era la analista de la analizante, trabajaba, había sabido del caso y tenía el poder, si quería usarlo, para que no se moviera y además, una persona sumamente inteligente, lúcida y sensible, y recuerdo que llega “¿y porque no?, ¿porque no va a poder hacer?” y vimos que algo había que hacer con eso, y lo hizo y entonces, me llega esa foto de la alegría por ejemplo, bueno a veces son esos pequeños detalles, por eso hay que pensar si vale la pena estar en las instituciones o no, son ingratas coartan procesos y habilitan otros, pero que es en tensión, es en tensión, yo no estoy ahora porque estoy como cansada, ya te diré porque la verdad, los he sufrido bastante.

GC: ¿Qué **procesos crees que habilitan las instituciones?**

AH: Pues sobre todo las redes ¿sabes?, sobre todo las redes. Cuando hay algo que está, que se necesita por ejemplo, cuando la red simbólica se hace necesario que haya una red real ahí que se junte, no sé cómo decirlo... nadie está solo, pero no solo el que va con su sufrimiento, sino el que lo acoge, uno expone mucho más su palabra con otros, está obligado, entonces se expone, se juega, es que lo que haces, no es sólo tuyo, nunca es sólo tuyo, tú estás en tu consultorio particular si quieres, es cuestión de ética, o no haces, o no lo compartes, o no escribes, o no piensas, hay mucha gente que hace eso, cuando tú estás en una institución, tienes una obligación, en ese caso se respeta mucho más el derecho del analizante, bueno y lo que ocurra ahí no será cualquier cosa, yo creo que los demás realmente son importantes para pensar y a veces, uno se da cuenta de cosas, posibilidades de derivación, sin exceso, porque otra cosa, la contracara, los pasajes profesionales psi, psi, psi, que vayan de un lado a otro, todo el mundo trabaja y no trabaja nadie, y a la vez tú trabajas, pero te escapas, bueno está así, lo veo un poco yo, pero lo ve otro y lo ve otro, también es una zona de tensión, pero la red que se crea realmente es importante y creo que es eso, son terceridades permanentes, con tensión y riesgo, porque que también son discursos aplastantes permanentes, pero te digo, cuando se pega lo médico y te estás cuestionando si conviene una medicación o no, lo presentas en un ateneo, pero claro, hay que medicar, porque aquí está, es la regla número cuanto y te dice que hay que medicar, pero tú estás a un lado para decir, si hay que pasarlo al psiquiátrico, entonces todas esas cosas coartan, pero a la vez te mantienen en permanente jaque, que es como uno debe de estar cuando se trabaja, si se quiere lo otro tiene una suerte de comodidad, entonces qué sé yo, a veces la tiene.

GC: ¿Cómo has visto... has sentido, que ha transcurrido o los cambios que habido en tu **posición como analista**, de cuando empezaste ahora?

AH: Ah! Muchísimo... Yo me siento más libre... libre de por ejemplo, de las ataduras de la teoría. Yo pienso que la tengo incorporada, que tengo una teoría, viva, la cuestiono más porque lo repienso, es mi propio camino, cuestiono, antes cuando recién empezaba, pues hay que hacer esto y yo qué sé, yo lo hacía porque me parece que estaba bien, que había que hacerlo, pero no lo interrogaba, la transferencia funciona mucho, es una transferencia con el saber, cuando estás en una institución es más enredado todavía, porque es transferencia a la institución, se cuela todo, tú tienes que hacer las cosas bien, porque puedes ser ME (Miembro de la Escuela), pero a la vez si eres lacaniano tienes que dejar eso, ajj, son una cantidad de tensiones ¿no?, eso se produce solo en el acto, no sé cuántos, pero a la vez tienes que estudiar tanto, porque a la vez tantos seminarios, no sé qué, bueno todas esas cosas, yo ya estoy libre de esos atavíos y eso me gusta mucho. Si hay algo que me interroga pues voy con quién me interroge. Generalmente lo

hablo, ya a esta altura lo hablo con colegas, “mira qué interesante me pasó esto”, lo pienso, lo sueño, lo escribo y de ahí, entonces, yo me siento más libre. También es importante, no es poca cosa el haber terminado mi propio análisis, eso me ha dejado una posición, una posición en relación a mi propia locura, también más libre, en primer lugar, la he aceptado, fuera de quererme curada de nada porque hago psicoanálisis. En realidad de lo que creo es que cada vez simpatizo más con mi propia locura, la puedo llevar mejor, la quiero más, es algo así. Entonces eso me hace más libre. Puedo sentirme más cerca, tengo menos perjuicios, me asusto menos, a veces me he asustado, algunas veces.... cuando me he asustado por ejemplo, claro algunas veces me asustaba más, porque por ejemplo que venía una chica este... que me había conocido siendo alumna, pero no directa, sino... uno se expone mucho cuando da clase a 150, 200 alumnos durante años, pero esta era una de esos 200, porque yo ni me acordaba, y pues me dijo estaba enamorada de mí, entonces me acuerdo tratando de hacer pasar por lo simbólico, “¿y esto quiere decir?”, “que nada, que coño, que nada, que estoy enamorada, que yo lo que quiero...”, es que ese momento del límite del cuerpo que tú tienes que ponerle, yo me acuerdo que lo pensé, también me ha pasado con el trabajo de la psicosis, cuando sientes que se van a levantar, que te pueden tocar el culo, que te van a matar, tiene sus momentos así, que existen, pues antes me daban mucho miedo y los llevaba igual estoicamente, y me portaba bien, como una buena analista. Me acuerdo, hoy me hace gracia, como yo llevaba a la muchacha a los simbólicos y recuerdo que le dijo una cosa que no estaba mal, “mira, mientras tú hayas pedido una consulta y lo estés diciendo, es porque yo estoy en mi función ¿sabes?, acá hay algo del análisis, has venido a eso ¿no?, entonces hablemos de lo que me quieres decir con lo que me estás diciendo”, yo no salí de eso, “no yo te estoy diciendo esto”, “¿te gusto o no te gusto?”, hasta aquí llegó la sesión, ella se fue, yo no salí de mi postura, pero me costó muchísimo. Y luego, uno escucha cosas que dan verdadero horror, yo me he revuelto en la silla más de una vez, sobre todo cuando hay escenas de tortura, no tanto hacia las personas porque no la has escuchado igual, no me tocó escucharlas en épocas de la dictadura, había muchas, pero con animales por ejemplo, porque a veces hay que escucharlo, porque además yo soy muy sensible, he escuchado cosas así. O escenas como ésta que te digo, terroríficas, yo me imaginaba la escena del padre tirándolos y prendiéndoles fuego y sin embargo, hay algo ahí que creo que es fantástico, que ópera sin que uno lo haya aprendido y lo tiene internalizado, pero ese es el propio análisis de uno, que uno puede operar en esa especie de disociación, no porque se esté ajeno, porque realmente cree que si viene a exponer la palabra y viene hablar, es porque esa palabra está destinada en algún lugar y uno no es a uno, sino que uno está en ese lugar de ese Otro, que le permite digamos intervenir, cortar, cuestionar el sentido de eso, o sea siempre un dolor ahí, y no puede intervenir desde el lugar de la palabra o del gesto a veces, yo no he hecho cosas como ha hecho Lacan por ejemplo, que me parece maravilloso, la cuento mucho en mis clases, me parece maravilloso, la sesión esa con la francesa de origen, cuya familia habían asesinado en la Segunda Guerra Mundial y como ella recordaba, a cada momento en la madrugada se despertaba inquieta, porque recordaba cuando los nazis habían venido a buscar sus padres y a ella la escondieron, y por eso se salvó, se despertaba y ese era un síntoma, que no cedía y era que cuando la Gestapo venía, ella cuenta que en ese momento ante toda palabra, Lacan se levanta de su silla, se acerca le pone la mano en la mejilla y le acaricia y le dice “jah, gest apo!”, mientras que la toca y ella dice y es más que obvio, que Lacan en ese momento, es performativo, hay que escucharlo “gest apo”, es una transformación de la Gestapo, del horror, de la nada, del horror, del dolor, a el gesto en la piel, de la caricia de un humano a otro, que puede poner tibio allí, donde es el puro frío de la muerte. Yo no he hecho esas cosas tan zafadas, diríamos nosotros ¿no?, eso es mucho más libre aún, por supuesto, Lacan era un maestro y un creador de teoría, yo me mantengo en sesiones de un tiempo de 45, 30, 50, pero todavía me atraviesa el discurso... pero la diferencia es que me muevo con libertad y puedo cuestionar todo, a mí misma, por supuesto, todo.

GC: ¿Cómo podrías decir, respecto a los efectos que tiene el **fin de un tratamiento** de un paciente, en ti como analista?, el proceso analítico de un paciente, pues se detectan ciertos movimientos, la persona va subjetivando cosas de su historia, va logrando algunas cosas y cambios conductuales por añadidura, que no es lo que se pretende en un inicio, pero que a veces resultan como efectos de la palabra, ¿qué pasa con tu posición, cuando termina un tratamiento?

AH: Me da alegría, como sentimiento, porque uno siente cosas. Me da alegría. Siento algo también, como algo de lo común ¿sabes?, es una despedida, es una buena despedida. ¡Ay no sé! Como las buenas despedidas, cuando tú sientes que algo ya está, ya se acabó y entonces, son viajeros en los caminos y tú acompañaste a alguien, le acompañabas y que vivía en un proceso, y ahora el camino de la vida. Siento como un poco de sublimación, muy de lo común. Es lo que decía Freud, a la tragedia neurótica, la tragedia común, pues ahora en la vida de ambos una vez más, con posibilidad, una vez más, un paso más, con todos los ríos de la vida, lo siento como... yo misma lo siento, algo así como que yo vuelvo, ¿la verdad? Como que yo vuelvo a perder, como que yo vuelvo a atravesar mi propio fin de análisis nuevamente. Me da alegría en ese último encuentro en ese último contacto, y además, he dejado de idealizar hace muchos años el fin de análisis, bueno porque como yo estaba en la formación lacaniana, pues el fin de análisis, aunque todos decíamos, "no, no es un ideal, porque fíjate que teóricamente, el fin de análisis tiene que ver con la caída de los ideales, pero finalmente la teoría se torna un ideal entonces, yo me acuerdo que cuando venía alguno importante de otros lugares a dar charlas a la escuela, recuerdo preguntarle a uno qué es muy, muy, muy bueno y ves, ya está de vuelta, cuando ya está muy, muy libre, ¿qué cosa es esto del fin de análisis? y recuerdo que me dijo, "el fin de análisis ¿sabes cuándo va a llegar?, cuando te importe un pedo, que no te importe nada más del otro, simplemente lo haces, no te importa más nada ya, no te importa lo que digan, ni estás pendiente", y creo que sí, que es así. Lo que pasa es que nosotros teníamos un atrapamiento mayor, porque las instituciones atrapan los discursos obviamente, entonces ¿por qué?, porque si tenías el fin de análisis, podrías ser sujeto de una nominación de ME, si no tenías, en el fondo los compañeros de escuela te miraban "¡ah, claro! Todavía estás atrapado", los malos eran los neuróticos, el insulto de "este no tiene análisis", estas cosas pasan en todas las escuelas y es muy lamentable, los cuales por esas cosas también me fui. Entonces, porque también de esas ataduras quise liberarme, bueno el fin de análisis está lejos de mi ideal y te diré que ocurre de las formas más insólitas y además he respetado mucho cuando alguien se quiere ir. He aprendido que cuando alguien dice "ay no es fin de análisis", no es una sanción que yo dé, simplemente algo ocurre, es como una posición distinta, como un desprendimiento también, como alguien puede decir, "pues que ya me voy" y quizá son tramos, a veces hay gente que vuelve a consultar, como yo misma, no he entrado en análisis porque yo sé que terminé, yo podía hacer un pase y decir lo que pasó, pero ya no estaba en la Escuela, sé que termine, que es de las cosas a las cuales ya nunca volveré, volver a consultar, pero yo sé que terminé. Son cosas que son las cuales nunca volveré, porque son cortes que tú puedes bordear, pero hay cosas que ya están, porque uno también olvida, por suerte, es algo que ya pasó. Está, es una suerte, son cosas que ya están, pasaron, son cosas que ocurren, pero también uno vive, continúa viviendo, gozando, amando, soñando, por suerte, sintiendo, las pasiones, las cosas y después se enreda a veces. A mí me gusta citar a un poeta de mi país que decía... "quizás porque tengo el cuerpo lleno, llenito de madrugadas", es una canción llamada la muerte... "quizás porque tengo el cuerpo llenito de madrugadas, que busco una muerte viva, jamás una muerte blanda o ¿será que nos eligen, esos barullos del alma?". Es eso, me encanta, porque es eso que nos eligen los barullos, es para nosotros como el entrevero, nos eligen porque uno no se cura del amor, no se cura de la muerte, no se cura del dolor, no se cura, ¿Qué es lo que hace uno?, uno hace cosas distintas, a veces se enreda y bueno y a veces, yo me he enredado con alguna cosa familiar que me ha costado mucho superar, qué sé yo, pues he consultado desde otro lugar, "oye vamos a hablar de esto", y es otra cosa ¿no? Conversación diría yo, ni mejor, ni peor, sino distintas

posiciones, distintas modalidades de tratamiento del dolor, y creo que uno... quizá no esté tan neurótica, o mi propia neurosis, que lo soy, no es que esté menos, a ver, estoy distinta, capaz que dije mal, tal, no es que haya dejado de serlo, yo creo como Freud, que todos lo somos, en algún lugar, o como decía Lacan que en el fondo todos somos religiosos en algún momento, todos nos aparecen esa apelación a que en algún lugar, alguien sabe algo, eso por más atravesamientos del ideal, está. Pero, es un poco distinto, está más la posibilidad de reírse, yo creo es una cosa muy importante también, de lo propio y en la relación con los otros, ¿sabes?, en la amistad, en los lazos, en los encuentros, eso es más cómo de real a Real, uno aprende como eso, esas cosas se anudan también, en términos de nudos, como metáfora de la vida.

GC: ¿y ante finales intempestivos, sorpresivos, a lo mejor de una transferencia negativa que no se pudo volver a retomar, algún final, no de estos felices, sino a lo mejor los no felices?, ¿qué queda en ti con ello?

AH: sí, los he tenido, no puedo decirte que no me toca cierto el narcisismo, suponte que.... Recuerdo bien una chica que se fue.... Dos, dos chicas que se fueron con esta misma expresión... “Me voy porque no me he sentido cuidada”. Para mí es horrible eso, por ejemplo bueno, claro ¿qué quieren decir? es una expresión muy común también para nosotros ¿no?, que no me cuidaste, también es una cuestión transferencial, obvio, es una cuestión de mimo, vaya a saber qué lugar, esperaban algo distinto, algo más maternal, pero puede haber sido un reclamo a su madre, yo puedo decir todo lo que quieras, pero igual me cuesta un poco, porque yo no tengo interés en cuidar a las personas, pero se cuidar mi trabajo, cuidar la sesión ¿no?, no por la sesión en sí misma, pero si cuidar que lo que ocurra ahí sea importante y esté bien. Y entonces... ya eso... eso no fue bueno para mí, y después también un poco de preocupación, de que estando en el ambiente, digan “ah fulanita”, pero bueno, estoy hablando en realidad, dos casos de cientos que debo haber atendido en tantos años. Pero sí. No se siente tan bien, pero siempre es una sorpresa, tú nunca sabes por qué, porque por ejemplo, no puesto entre estos, otra situación donde irrumpe, pacientes que se enojaron porque por ejemplo, el enojo fue, yo te puedo decir, racionalmente era absurdo, pero por donde venía, yo sé que no, el enojo conmigo fue porque la psiquiatra, a quien yo le derive para que le acompañara la medicación, tuvo un acto horrible. La verdad es que la psiquiatra estuvo horrible, y yo te puedo decir “y yo qué tenía que ver”, pero pudo soportar también eso, que yo no la cuide, ¿por qué no la cuide?, no era esa la expresión, pero más o menos esa era la idea. Porque la derivé a una persona horrible, esa chica mira, otra vez estoy pensando, en la casa vivía actos de violencia, el padre pegaba pero salado a la madre y lo veía siempre, y era un militar, ahora me acuerdo es mucho más común de lo que uno cree, solo que a mí no me ha ocurrido que aparezca enseguida. Después también aprendí y ahora estoy desprendida de eso, esto me pasaba al principio hace muchos años, pues sí, ahora se va es el camino del otro, y pienso “pues no tiene que ver conmigo y ya”. Además hay descuidos, a veces yo he tenido descuidos por ejemplo, —que lo reconozco— que se me ha pasado la hora y llego tarde, eso me ha pasado, no sé un par de veces suponte y ¿sabes qué?, no siempre, al otro le cae como uno puede pensar, a veces un “disculpa, me ha pasado esto... puedes esperar un rato, te atiende más tarde, vienes mañana.... aunque sea sábado, no importa, o domingo si quieres, no importa, disculpas...” y ya, no todo el mundo... uno no sabe cómo opera en el otro, porque realmente es un tejido que en la transferencia tiene su lugar simbólico, porque todo eso va corriendo en el nudo, yo lo pienso así, o sea que depende como esté el enganche en sus distintos niveles, o sea que no es que *per se*, sea algo terrible, claro mientras que haya una ética eso es así, y eso lo he mantenido siempre, no me lo has preguntado, pero te lo cuento yo, es otra pregunta que se hacen muchas veces sobre todo los estudiantes, pero hacen muchas, muchas veces me han dicho, si no me han pasado, tú me has dicho cosas difíciles que me han pasado, por ejemplo de sentir otra cosa, por ejemplo por un paciente, entreverarse y hacer pasaje, que te guste alguien en términos del erotismo, que la presencia del otro, y jamás me ha pasado, y muchas veces me he preguntado ¿por qué?, sobre todo los estudiantes porque quieren saber, como que les gusta eso, como claro, se viven del

lado del paciente y se imaginaran, cuestión histórica, conquistando a ese otro del saber, sacándolo de su lugar. Nunca me pasó, lo he visto en colegas, lo he oído en colegas y he escuchado cosas que a mí me han horrorizado, con nombre y apellidos. Por ejemplo, un muchacho que venía, porque su analista que se decía junguiano, y que anda con su nombre importante por ahí, y lo vi en una presentación que hizo, presentaron un libro lo vi, lo escuché... siempre que escuches un paciente, no sabes cuál es la realidad, pero bueno... dentro del tratamiento y la curación estaba acostarse con él, yo qué sé. Digo uno escucha muchas cosas, bueno pues eso no pasa, ¿por qué?, porque uno entra en otra dimensión, uno es uno, y eso es maravilloso, en la asociación libre, yo soy muy distraída y eso me ha servido muchísimo. Tengo una atención flotante fabulosa, porque a veces me pierdo y de golpe, pero como tengo un oído musical, escucho el ritmo, voy a la palabra y ¡jaz! Justo ahí, está fantástico ¿me entiendes?, Entonces, tú estás en otra atmósfera, la atmósfera de los sueños, de las palabras locas... entonces no, la presencia, es otra. Entonces no se juega a ese nivel de la corporeidad y la piel, en mí no, conozco a otra gente que sí, pero no es por obligación, es porque simplemente ocurre, u otra cosa, que me han dicho muchas veces también los estudiantes, no y la gente también, la familia, “cómo estará de agotada después de escuchar tantas historias”, pues no, tu sabes que, porque te liberas, no sé, no es que se carguen con uno y las haga propias, que las vivas como si fuera el otro, no es verdad.... no obstante, si te llaman y te dicen estoy en problemas, tú estás, eso sí me ha pasado, que me llamen y estar. Por ejemplo a veces estoy de vacaciones, no solo aquí, en otros lugares, y tener que cortar, estoy tomando un vino, cenando, n sé cuánto, “con permiso y tengo que ir afuera” y decirme que es lo que ha pasado y qué sé yo y eso me ha pasado...

GC: Y bueno después de tu análisis y de tu trabajo en la institución, de este trayecto que tú has estado llevando a través de tu práctica clínica y desarrollo profesional... ¿qué **modos de producción** ante la transferencia, o de haber pasado de la transferencia en el análisis a la transferencia con el psicoanálisis ahora?

AH: ¿Qué hago yo con eso? He escrito mucho sobre casos clínicos, por ejemplo mi propia tesis doctoral tiene que ver con eso, mi propia tesis doctoral para mí fue fantástica, porque me permitió, gracias a mí director de tesis, fue él el que lo vio, yo no encontraba el tema y, sin embargo, siempre está hablando de otras cosas, y de golpe él me dijo, “pero bueno qué no hablas de otra cosa, que de cómo se construye saber en clínica...” ahí me di cuenta, fue como uno de los mejores momentos de mi vida, es un anudamiento de la experiencia y la búsqueda personal en términos de saber, y recuerdo que le dije “¿y tú cómo te has dado cuenta?”, “lo tienes escrito en la frente, vas por la calle y no lo ves que pasa”, entonces me permitió una sistematización de todos esos 20 años que te dije, de seminarios de cosas escritas y lo demás, y escrituras de casos clínicos escritas y lo disfruté enormemente, pues esa soy yo también, pues ahora he dado unos pasos más, entonces escribir para mí, es una de las producciones más importantes. Y luego enseñar, también es una producción muy importante, muy importante, hacer que pasen cosas, hacer que pase algo. Y eso mismo que sentí yo, me emociono ¿viste?, cuando te lo digo, me emociono, porque siempre me emociono con ese pasaje, que eso mismo que sentí yo de que había algo en el orden de la experiencia que el saber entroncaba, que haga pasaje a otro y ver una carita interrogante, una pregunta interrogante, algo que late, eso es pura vida, es pura vida y entonces a mí me devuelve, no sé cómo explicarte, en ese momento nazco yo de nuevo, en ese momento yo vuelvo a recrear la teoría junto con el otro, yo vuelvo y es todo muy vivo, y eso es maravilloso, enseñando también, enseñando y escribiendo y bueno por supuesto, aprendiendo en las charlas con colegas y escuchando, pero sobre todo, escuchando cada vez más literatura, filosofía, arte, sociología, antropología, todo eso en mi cabeza hace “chiqui, chiqui, chiqui” en termino de traducción, yo traduzco todo el tiempo, no término a término sino traducción que incluye lo irreductible, pero mi cabeza traduce y me fascina, y he aprendido te diré, cada vez más, aprender el psicoanálisis en la zona de los bordes, cada vez más, cada vez más. Y cada vez más, siento que enseñó más el psicoanálisis, que cuando

estaba, que lo hacía muy bien, pero era teoría “bueno, porque aquí Freud, entonces...”, yo también enseñé que dice Freud con respecto al síntoma, pero entonces ya desde otro lugar, ¿me entiendes?, entonces eso, desde un lugar mucho más abierto y amplio, y eso para mí es maravilloso porque la recreo, la teoría. No te nombre la poesía porque para mí, es una de las cosas más importantes.

GC: ¿Alguna cosa más que para ti sea tan significativo en tu trayecto profesional como analista, que digas “esto es una piedra preciosa que rescato de toda esta experiencia vivida de mi propio análisis, de mi trabajo como analista, de mi trabajo como docente, como investigadora”?

AH: Pues viste que he hecho silencio. Yo he pasado por momentos maravillosos, cuando tú nombraste eso de las despedidas, que cuando son buenas, son fantásticas, liberan porque es una despedida que va hacia nuevos encuentros ¿no? Eso sientes, que algo se renueva y hay momentos de verdadero encuentro, que no es el encuentro de... ay de la identificación, de “soy como tú, oye vivo lo mismo que tú”, no es ese, es bien sublimatorio, es bien de vacío a vacío, como decía Lacan, o bien de agujero a agujero, o como ese gesto que dije del “gest a po” de Lacan, ¿no? que a mí me han.... Yo digo, qué suerte que tengo de hacer lo que hago, me han reconfortado, a veces porque algo ha ocurrido y sé que ha salido de mí, porque ha salido del otro, porque ya no se sabe de quien ha salido, pero que algo se ha producido ahí, que forma parte de eso. Haber formado parte de algo que produce vida, que hace resistencia, que produce sujeto, que le ganamos a la muerte y al tiempo sin negarlo ¿entiendes?, que nos podemos reír y nos producimos en esa risa o llorar... no estoy diciendo que yo llore con mis pacientes, cosa que en realidad, de hecho nunca me pasó, pero no por prejuicios porque no se trata de eso, pero si he concluido sesiones y mi día ha cambiado, por ejemplo, no siempre ¿eh?, obviamente, pero hay veces en qué puedo respirar hondo y caminar, y casi que bailo por la calle... qué buena sesión que tuvimos por ejemplo, y la sensación de que ha sido azaroso y que no es el único lugar posible, que hay otras formas de relación que me han dado esas cosas también. Yo no soy apegada eso, “cómo que es lo único que sé hacer y qué es lo único que si tengo eso me muero”, y pues bueno, pienso y algún día ya no lo haré más, se me dedicaré a hacer otra cosa, a cultivar un jardín, igual seré feliz ¿entiendes?... eso me parece que son prácticas, son prácticas de subjetivación, hay muchas prácticas de subjetivación, no es la única y algunas que son maravillosas. Mientras el sujeto, mientras que haya, como decía Ignacio Lewkowicz, ahora sí me emociono, porque él falleció, y realmente o admiro, un pensador maravilloso argentino, que si hay una máxima en esta época, “de haber sujeto, que haya lo máximo posible”, y hay muchas circunstancias en que lo hay, y me parece además que en el lazo, a lo político, en lo clínico, nosotros somos cada vez más responsables de generar esos encuentros con otros, donde hacer que pasen cosas, que pasen cosas... Siento que cada vez más le debo más, a no sé, a lo común, a lo social, a la sociedad.... me parece que mi práctica, en ese sentido, está cada vez más comprometida, por así decirlo, capaz como pensadora, pero yo ya no estoy en esa cosa de “ay, el que piensa no es el que hace o el que hace no es el que piensa” yo no, ya no... yo creo que pensar es hacer y, pues porque no es un pensamiento intelectual que queda ahí en el divague ¿no?... y eso también, en esos momentos que te he dicho, es como que algo se hace, es eso performativo, en acto se produce algo y tú sabes que eso implica una responsabilidad en lo social, para ese otro también, qué pasa, va a pasar algo, que algo pasa en su vida y me emociona, y me emociona, eso me emociona. Oye, que ha sido larguísima...

GC: Pues muchas gracias por todo lo que has compartido.

Julio de 2017

BIBLIOGRAFÍA:

- Agamben, G. (2007) "O poder saberão e a vida nua" Belo Horizonte: Editora UFM
- Alazraqui, L. (Coord.) (2011) *¿Alcanza con la medicina? Encuentro entre acto médico psicoanálisis*. Buenos Aires: Biloba Editores.
- Alberro, Norma. Lectura del Seminario XV: Puntualizaciones sobre el acto psicoanalítico. Revista Imago Agenda. <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1150>
- Aliani Ceraldi, Néstor Rubén (2015) "Estudio comparativo de la noción de síntoma en la obra de Freud y en la perspectiva médica y psiquiátrica actual", tesis doctoral en filosofía. Universidad Complutense de Madrid.
- Álvarez Margarita; Canedo Laura, Gadea Eduard. (2004) *Apuntes sobre la construcción del caso y su transmisión*. Presentación del Seminario del Campo Freudiano sobre casos clínicos. NODVS: L'a periódic virtual de la Secció Clínica de Barcelona. No. XII, Feb. 2005. <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=168&rev=26&pub=1>
- Álvarez, J.M., Esteban, R., Sauvagnat, F. (2009), *Fundamentos de Psicopatología Psicoanalítica*. Madrid. Síntesis.
- Aragónés, Raúl J. *Sobre el origen y naturaleza del incesto en la teoría de la evolución*. <http://intercanvis.es/pdf/19/19-01.pdf> recuperado enero de 2016
- Assoun, Paul-Laurent. (2001) *Introducción a la epistemología freudiana*. México: Siglo XXI.
- Assoun, Paul-Laurent. (1982) *Freud: la filosofía y los filósofos*. Barcelona: Paidós.
- Baricco, A. (2008) "Los bárbaros: ensayo sobre la mutación" Barcelona: Anagrama.
- Blanco, P; Ruiz-Jarabo, C; García de Vinuesa, L.; Martín García, M. (2004) "La violencia de pareja y la salud de las mujeres". Scielo Gaceta Sanitaria. Parte II: Temas actuales de salud pública. Vol. 18 Supl. 1. Barcelona. Recuperado de internet, 20-mayo-2015: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112004000400029&script=sci_arttext&lng=e

- Bauman, Zygmunt (2005) *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México D.F. Fondo de cultura económica.
- Bauman, Zygmunt (2014) "El retorno del péndulo. Sobre psicoanálisis y el futuro del mundo líquido". Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Bassols, M.; Brignoni, S., *et al.* (2005) *La presentación de casos, hoy*. NODVS: L'a periódic virtual de la Secció Clínica de Barcelona. No. XII, Feb. 2005
- Belaga, G. (2008) *La clínica analítica, hoy: síntoma y lazo social*. IV Encuentro Americano del Psicoanálisis Aplicado de la Orientación Lacaniana. Recuperado el 15 de marzo de 2013 de la Revista Virtualia: <http://virtualia.eol.org.ar/018/template.asp?ampamerica/enapaol.html>
- Belloch, Amparo y otros (1995) Manual de psicopatología. Madrid: McGraw Hill
- Bosia, Liliana (2013) "El estatuto del dolor para el psicoanálisis". Recuperado de la Internet, noviembre 2017: <http://nel-medellin.org>
- Bourdieu, Pierre. (2000) "La dominación masculina". Barcelona: Anagrama.
- Braunstein, Nestor (2005) *Goce*. México: Siglo XXI
- Brodsky, Graciela (2014) *La clínica y lo real*. IX Congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP), 14-18 abril 2014, París, Palais des Congrès. Recuperado en enero de 2018: http://www.congresamp2014.com/es/template.php?file=Textos/La-clinica-y-lo-real_Graciela-Brodsky.html
- Cáceres Carrasco, J. (2004) "Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: papel del contexto". *Clínica y Salud*, vol. 15, núm. 1, 2004, pp. 33-54. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid, España. Recuperado: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180617820002>.
- Castellanos, Santiago, (2009) "El dolor y los lenguajes del cuerpo", Buenos Aires. Grama editorial.
- Castro, G. (2000) "Apuntes sobre el curso de Terapia del abuso sexual". México: Adivac
- Castro, G. (2008) *El laberinto a la posición del analista: de la contratransferencia al deseo del analista*. Tesis de Maestría. México: Centro de Estudios e Investigaciones Psicoanalíticas (CIEP). Rei-ITESO: <http://rei.iteso.mx/handle/11117/1396>
- Castro, G. (2013) "La interdisciplinariedad en la atención a los casos de violencia sexual", en *Zohn Muldoon, T. (Coord) Psicoterapia y problemas actuales*:

debates y alternativas. Guadalajara, Jal: ITESO; León, Gto: Universidad Iberoamericana; Puebla, Pue: Universidad Iberoamericana. México. ISBN de colección 978-607-7808-76-3

Castro, G. (2014) "El malestar social y sus síntomas. Desafío para la clínica actual", en *Zohn Muldoon, T. (Coord) La psicoterapia frente al bienestar y el malestar*. Guadalajara, Jal: ITESO; León, Gto: Universidad Iberoamericana; Puebla, Pue: Universidad Iberoamericana. México. ISBN de colección 978-607-7808-76-3

Castro, G. (2017) "Angustia, culpa y deseo. La interdisciplina en un caso de incesto", en *Zohn Muldoon, T. (Coord) Investigación en psicoterapia: acercamientos y líneas de reflexión*. Guadalajara, Jal: ITESO; León, Gto: Universidad Iberoamericana; Puebla, Pue: Universidad Iberoamericana. México. ISBN de colección 978-607-7808-76-3

Conde Díaz, Manuel (2004) *Psicoanálisis, medicina y salud mental*. Madrid: Síntesis.

Corsi, J. (Comp.) (1994) "Violencia Familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social". México: Paidós.

Corsi, J. (2003) "Violencias sociales". Barcelona: Ariel.

Corsi, J. (2005) "Psicoterapia integrativa multidimensional". Buenos Aires: Paidós.

Chauvelot, D. (1981) "Siracusa 1910: el supuesto pase de Freud", en *Ornicar?* Publicación del Campo Freudiano, Petrel, Barcelona.

De Freitas Barroso, A. (2012) *Sobre la concepción de sujeto en Freud y Lacan*. Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVI. Número 27. Agosto-Septiembre 2012. México.

Perini Laura, La intervención interdisciplinaria en Salud Mental: lo que la Ley no puede resolver. Recuperado de la Internet en enero de 2018: <http://perspectivas.unam.edu.ar/wp-content/uploads/2016/11/La-intervenci%C3%B3n-interdisciplinaria-en-Salud-Mental.pdf>

Diccionario de Psicología. <http://www.rinconpsicologia.com/2009/02/diccionario-de-psicologia.html>. Recuperado en enero de 2017

Dogan, Mattei. (1997) *¿Interdisciplinas?* Revista Relaciones. N° 157. pág. 16 -18. Montevideo.

Dor, Joel. (2014) *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu

- Ekstein R. y otros (1968) *Historia del Psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires. Vol. I.
- Eldelsztein, Alfredo (1992) Modelos, esquemas y grafos e la enseñanza de Lacan. Buenos Aires: Manantial
- Evans, D. (1997) *Diccionario introductorio al psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires, Paidós.
- Fages, J. (1976) *Historia del Psicoanálisis después de Freud*, Martínez Roca, S.A. Barcelona.
- Fine, R. 1982. *Historia del psicoanálisis*. Tomos I. Paidós/Psicologías del siglo XX, Buenos Aires.
- Farrán, R. “Concepto pensado como nudo borromeo”, en International Journal of Zizek Studies. Vol. 3, No. 1. Recuperado juli 2016: www.zizekstudies.org/index.php/IJZS/article
- Ferenczi, S., (1933) Confusión de lenguas entre los adultos y el niño: El lenguaje de la ternura y de la pasión. Obras Completas. Psicoanálisis IV. Tr. Fco. J. Aguirre. Ed. Espasa Calpe. Madrid, 1984.
- Fernández Guerrero, O. (2012) El hilo de la vida. Diosas tejedoras en la Mitología griega. Universidad Nacional de Educación a Distancia (La Rioja) Recuperado el 3 de febrero de 2014: http://www.unirioja.es/genero/archivos/pdf/diosas_tejedoras.pdf
- Ferrando Castro, M. (2013) Mitología griega: Las Parcas. Recuperado de la Internet en enero de 2015: <https://redhistoria.com/mitologia-griega-las-parcas/>
- Fine, R. (1982) *Historia del psicoanálisis*. Vol.s I. Paidós/Psicologías del siglo XX, Buenos Aires.
- Fischman, Y. (2000) “Mujer, sexualidad y trauma”. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Freud, S. *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1995
- : (1888) Histeria, Vol. I.
- : Freud, S. (1895) Proyecto de psicología para neurólogos, Vol. I
- : Freud, S. (1897) Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en la vida de Freud. Fragmentos de la correspondencia con Fliess (1950 [1892-99]). Vol. I
- : (1900) La interpretación de los sueños. Vols. IV y V
- : (1905) “Sobre psicoterapia”, Vol. II;

- : (1905) Tres ensayos sobre teoría sexual. Vol. VII
- : (1908) Sobre las teorías sexuales infantiles. Vol. IX
- : (1908) La moral sexual ‘cultural’ y la nerviosidad moderna. Vol. IX.
- : (1910) La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis. Vol. XI
- : (1910) Sobre un tipo particular de la elección de objeto en el hombre. (Contribuciones a la psicología del amor, I) Vol. XI.
- : (1910) Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. Vol. XI
- : (1911) Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. Vol. XII
- : (1912) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Vol. XII
- : (1912) Sobre la dinámica de la transferencia. Vol. XII
- : (1913) Tótem y Tabú. Vol. XIII
- : (1914) Recordar, repetir, reelaborar. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). Vol. XII
- : (1914) Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, Vol. XIV.
- : (1914) Introducción al Narcisismo. Vol. XIV
- : (1915) Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. Vol. XII
- : (1915) Pulsión y destinos de pulsión. Vol. XIV
- : (1915) Lo inconsciente. Vol. XIV.
- : (1917) Duelo y Melancolía. Vol. XIV
- : (1916) 17ª Conferencia: “El sentido de los síntomas”. Vol. XVI.
- : (1917) 27ª Conferencia: “La transferencia”. Vol. XVI.
- : (1917) 28ª Conferencia: “La terapia analítica”. Vol. XVI,
- : (1918) De la historia de una neurosis infantil. Vol. XVII
- : (1919) Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. Vol. XVII
- : (1919) “Pegan a un niño. Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales”. Vol. XVII
- : (1920) Más allá del principio del placer. Vol. XVIII.
- : (1920) Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. T.XVIII
- : (1921) Psicología de las masas y análisis del yo. Vol. XVIII
- : (1923) Dos artículos de enciclopedia: “Psicoanálisis” y “Teoría de la libido”, T. XVIII

- : (1923) *El Yo y el Ello*, T. XIX
- : (1924) “El sepultamiento del Complejo de Edipo”. T. XIX.
- : (1925) “Algunas consecuencias psíquicas de las diferencias anatómicas de los sexos”. Vol. XIX
- : (1925) *La negación*, Vol. XIX
- : (1926) ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial, T.XX.
- : (1926) *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Vol. XX
- : (1927) *El porvenir de una ilusión*. Vol. XXI.
- : (1930) *El malestar en la cultura*. Vol. XXI.
- : (1932) ¿Por qué la guerra? (Einstein y Freud) Vol. XXII
- : (1933) “Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, 31ª conferencia: la descomposición de la personalidad psíquica”, en *Obras Completas*, Vol. XXII, Buenos Aires: Amorrortu,
- : (1933) “Nuevas Conferencias de introducción al psicoanálisis, 34ª Conferencia: Esclarecimiento, aplicaciones, orientaciones”, en *Obras Completas*. Vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu
- : (1937) *Análisis terminable e interminable*. Vol. XXIII.
- : (1937) *Construcciones en el análisis*. Vol. XXIII.

Gallo Acosta, J. (2010) *Subjetividad y vínculo social*. Revista digital Antropos Moderno. Recuperado el 15 de marzo de 2013: http://antroposmoderno.com/antro-version-imprimir.php?id_articulo=784

Gárate, I.; Marinas, M. (2003) *Lacan en español, breviario de lectura*. Madrid: Biblioteca Nueva

García Gual, Carlos. *Historia mínima de la mitología (los mitos clásicos y sus ecos en la tradición occidental)* Madrid: Turner; México, D.F.: El Colegio de México, 2014

García Liliana (2004) *El Sujeto: ¿efecto de la cadena generacional?* Jornadas Aniversario "30 años de Escuela (1974-2004)". Escuela Freudiana de Buenos Aires. Recuperado de la Internet: noviembre de 2015: <http://www.efba.org/efbaonline/garcia-01.htm>

García Rodríguez, Marisa, “Introducción a Sandor Ferenczi”, recuperado en diciembre-2017: <http://convergenciasentop.org/web/images/Bibliograficos/Documentos/ferenczi.pdf>

- García, W. (2008) *El malestar en la cultura posmoderna*. Abraxas Magazine. Revista de psicología, sociedad y cultura. Recuperado el 15 de marzo de 2013: <http://abraxasmagazine.wordpress.com/2008/01/27/el-malestar-en-la-cultura-posmoderna-2/>
- Gay, Peter (1989) *Freud. Vida y legado de un precursor*. Barcelona: Paidós.
- Giberti, Eva (1988) *Incesto paterno-filial: una visión multidisciplinaria: perspectivas históricas, psicológicas, jurídicas y forenses*. Buenos Aires: Editorial Universidad.
- Gimeno Cobos, A. 1986. *Situación actual de la psicología humanista*. Centro Erich Fromm de Psicología Humanista, Anuario de Psicología No. 34. Barcelona.
- Glosario de Filosofía. Recuperado en enero de 2017: <http://www.webdianoia.com/glosario/display.php?action=view&id=16&from=action=search%7Cby=A>
- Glover, E. (1968) "El psicoanálisis en Inglaterra", *Historia del Psicoanálisis*, vol. VII, Paidós, Buenos Aires.
- Gómez, J.M. Mena, E. Sánchez M. (2000) *Bienestar social o malestar en la cultura*. Cuadernos andaluces de Psicoanálisis. No. 28. Málaga.
- Grimaldo Pérez, Julio. (1993) "La psicoterapia de apoyo: conceptualización, técnicas y aplicaciones". Revista de Psicología Veritas, Vol. 2. Lima, Perú. Recuperado en: http://revistaliberabit.com/es/revistas/liberabit02/julio_grimaldo_perez.pdf
- Greenson, R. R. (1976) *Técnica y práctica del psicoanálisis*, Siglo XXI, México.
- Grotjahn M. (1968) *Historia del Psicoanálisis*. Vols. I y II, Paidós, Buenos Aires.
- Gutiérrez de Piñeres Botero, Carolina; Coronel, Elisa; Pérez, Carlos Andrés. (2009) "Revisión teórica del concepto de victimización secundaria". Liberabit. Revista de Psicología, Vol. 15, Núm. 1, 2009, pp. 49-58. Universidad de San Martín de Porres, Perú. Recuperado el 20 de mayo de 2012 de: <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/686/68611923006.pdf>
- Gutiérrez-Peláez, M. (2015) "Ferenczi's anticipation of the traumatic dimension of language: a meeting with lacan". Contemporary Psychoanalysis, 2015, Vol. 51, No. 1: 137–154. C William Alanson White Institute of Psychiatry, Psychoanalysis & Psychology and the William Alanson White Psychoanalytic Society. Recuperado el 22 de diciembre de 2017: www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00107530.2015.957255
- Hacking, Ian (2006) *La domesticación del azar*. Barcelona: Gedisa.

Hesíodo. *Obras y fragmentos. Teogonía. Trabajos y días. Escudo. Fragmentos. Certamen*. Madrid, Gredos, 1978.

Hounie, A.; Fernández, A. (coords). (2016) *Políticas del dolor. La subjetividad comprometida. Un abordaje interdisciplinario de la problemática del dolor*. Universidad de la República de Uruguay, Biblioteca Plural. Montevideo.

Jacoby, J. (2007) *El camino a hacia el incesto legal*. Grupo de Estudios Estratégicos.

http://www.gees.org/articulos/el_camino_hacia_el_incesto_legal_4018.

Recuperado en Febrero de 2016.

Jones, E. 1984. "Freud". Tomo II. Barcelona: Salvat.

Kriz, J. 1997. *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Lacan, J. (1932) "De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad". México. Siglo XXI (1986).

Lacan, J. (1966) *Escritos 1*. México: Siglo XXI Editores (1998).

———: "El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica".

———: "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis"

———: "El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma"

———: "Más allá del principio de realidad"

Lacan, J. (1966) *Escritos 2*. México: Siglo XXI Editores (1998).

———: "La dirección de la cura y los principios de su poder"

———: "La significación del falo"

———: "Posición del inconsciente"

———: "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano".

———: "Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la *Verneinung* de Freud"

Lacan, J. (1973) "Introducción alemana a la edición de los Escritos" en *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós, 2012.

Lacan, Jaques. *El Seminario*. Argentina: Paidós

- : (1932) “De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad”. México. Siglo XXI (1986).
- : (1953-1954) Escritos técnicos de Freud. Vol. 1
- : (1954-1955) El Yo en la teoría de Freud. Vol. 2
- : (1955-1956) Las psicosis. Vol. 3
- : (1956-1957) La relación de objeto. Vol. 4
- : (1957-1958) Las formaciones del inconsciente. Vol. 5.
- : (1958-1959) El deseo y su interpretación. Vol. 6.
- : (1959-1960) La ética del psicoanálisis. Vol. 7.
- : (1960-1961) La transferencia. Vol. 8
- : (1962-1963) La angustia. Vol.10
- : (1963-1964) Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Vol. 11.
- : (1966-1967) La lógica del fantasma, Vol. 14
- : (1967-1968) “L’acte psychanalytique. Traducción: Silvia García Espil. Impreso para distribución interna por Discurso Freudiano, institución psicoanalítica.
- Lacan, J. “Proposición del 9 de octubre de 1967” en *Otros Escritos*. Buenos Aires: Paidós, 2014.
- Lacan, J., "El acto psicoanalítico", en *Reseñas de enseñanza*, Hacia el tercer encuentro, Buenos Aires 1984.
- Laplanche, J.; Pontalis, J.B. Diccionario de Psicoanálisis, Paidós, B. Aires 9ª. Edición 2007.
- Le Breton, D. (1999) *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Levi-Strauss, C. (1949) *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós
- Levi-Strauss, C. (1984) *Antropología estructural*. Buenos Aires: Eudeba.
- Luque, Rogelio y Villagrán, José M. (2000) *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*, Trotta, Madrid.
- Lyotard, Jean-Francois. (1984) *La condición postmoderna*. Madrid: Cátedra ediciones, 2014.

- Maldawsky, D (2006) *Caso por caso: apuntes sobre la estrategia freudiana de investigación clínica*. en http://www.psicoanalisis.com.ar/investigaciones/caso_por_caso.htm
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Breviario. Criterios diagnósticos. (1999) España: Masson.
- Marinas, J.M. (2001) *La fábula del bazar: orígenes de la cultura del consumo*. Madrid: A. Machado Libros, D.L.
- Marinas, J.M. (2004) *La ciudad y la esfinge: contexto ético del psicoanálisis*. Madrid: Síntesis.
- Marinas, J.M. (2007) *La escucha en la historia oral*. Madrid: Síntesis.
- Marinas, J.M. (2008) *Lo político y el psicoanálisis*. Madrid: Biblioteca Nueva,
- Martínez Álvarez, F.; Ortiz, Hdez. E.; González Mora, A. (2007) Hacia una Epistemología de la Transdisciplinariedad. Revista de Humanidades Medicas Vol.7 No.2. Ciudad de Camaguey, Cuba. Recuperado de la Internet desde Scielo, en marzo 2017: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000200008
- Martínez Rodríguez, L. (2008) *Modelo de Capacitación para sentir, atender y prevenir la violencia familiar, sexual y de género, para profesionales*. México: Adivac
- Menninger, K. (1960) *Teoría de la técnica psicoanalítica*, Pax, México, 1960
- Millet, J. A.P. (1968) "El psicoanálisis en Estados Unidos", *Historia del Psicoanálisis*, Vol. VII, Paidós, Buenos Aires.
- Mitos y Leyendas. El sitio web de las mitologías y las leyendas. Recuperado el 18 de junio de 2015: <http://mitosyleyendascr.com/mitologia-griega/grecia49/>
- Najmanovich, D. (2008) *Mirar con otros ojos. Nuevos paradigmas en la ciencia y el pensamiento complejo*. Buenos Aires: Biblos.
- Novoa, V. (2009) *Psicoanálisis y Escritura: reflexiones sobre el cuestionamiento del sujeto*. Tesis Doctoral De Psicología. Universidad Autónoma De Madrid.
- Pascual, C. (2008) *Como enferman los sujetos hoy*. Barcelona, recuperado el 30 de junio de 2013: www.ffcle.es/files/comoenfermanlossujetosclotildep.doc
- Perrés, J. (1998) *Proceso de constitución del método psicoanalítico*, Universidad Autónoma Metropolitana, México,

- Perrone R.; Nannini M. (1997) *Violencia y abusos sexuales en la familia*. México: Paidós
- Pierre, Fedida. (1995) *Crisis y contra-transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu
- Rangel Guzmán, R. (2010) "Sobre la función del caso clínico en la transmisión del psicoanálisis", en *Revista de Educación y Desarrollo*, No. 12. Universidad de Guadalajara, México.
- Real Academia Española (2007). *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima segunda edición. Madrid: Espasa Calpe
- Recalcati, M. (2003) *Clínica del vacío: anorexia, dependencias, psicosis*. Madrid, España: Síntesis.
- Ricoeur, P. (1990) *Ética e Moral*. Traducción de Antonio Campelo Amaral. Universidade da Beira Interior Covilha, Br. 2011
- Rodrigué, E.; Tain Lopes, S. (1991) *Un sueño de final de análisis ó Final de análisis: un sueño o análisis, final de un sueño*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Roudinesco, E. (1988) *La batalla de los cien años. Historia del psicoanálisis en Francia*, Fundamentos, Madrid, Vol. 1.
- Saussure, F. (1916) "La naturaleza del signo lingüístico", en *Curso de Lingüística General*. Recuperado de internet. <http://comunicacioneducacion.weebly.com/uploads/6/3/0/6/630673/inmutabilidad.signo.pdf>
- Secretaría de Gobernación (SEGOB); Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES); ONU-Mujeres (2015) *La violencia feminicida en México, aproximaciones y tendencias 1985-2014*. http://www2.unwomen.org/~media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2016/02/violencia%20feminicida%20en%20m%C3%A9xico%20aproximaciones%20y%20tendencias%201985_2014.pdf?v=1&d=20160418T214527
- Secretaría de Salud (2006) *Informe nacional sobre violencia y salud*: Recuperado de la Internet en abril 2016: http://www2.paho.org/mex/dmdocuments/pub_informeviolenciamx.pdf.
- Serra, Martha. (2008) *Algunas observaciones sobre la presentación de casos*. En *L'Àperiodic Virtual de la Secció clínica de Barcelona*, Nodos XXII, <http://www.scb-icf.net/nodus>
- Sobral Silva, G. (2013) *Síntomas de nuestra época*. Nueva Escuela Lacaniana del Campo Freudiano. Recuperado 16-agosto-2013: <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/Sintomas-del-sigloXXI/759/Sintomas-de-nuestra-epoca>

- Sófocles. *Edipo rey*. Traducción y notas de Assela Alamillo; introducción de José Lasso de la Vega. Madrid: RBA, 2007.
- Solanilla Demetre, V. (2009) *El rol de las tejedoras precolombinas*. Revista digital "destiempos". No. 18. México. www.destiempos.com/n18/solanilla.pdf
- Sopena, Carlos (2001) *Pulsión de muerte y sexualidad*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, No. 94. Asociación Psicoanalítica de Uruguay
- Sor Juana Inés de la Cruz *Respuesta a Sor Filotea*, Antología de Ensayos. Recuperado: Junio 2016: <http://www.ensayistas.org/antologia/XVII/sorjuana/sorjuana1.htm>
- Stewart, I. (1988) *Conceptos de matemática moderna*. Madrid: Alianza Universidad.
- Suárez, Laura (2009) "Ideal, identidad e identificación. Aproximaciones desde lo inconsciente y lo político". En *Bajo Palabra*, Revista de Filosofía. Universidad Complutense de Madrid.
- Sullivan, D., Everstine, L. (1997) *El sexo que se calla*. México: Pax
- Tamayo Y Tamayo, Mario (2004) *Diccionario de la investigación científica*. México: Limusa.
- Utrilla, Manuela (1998) *¿Son posibles las terapias en las instituciones? Estudio situacional*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Vázquez Rocca, A. (2011) "La posmodernidad nuevo régimen de verdad, violencia metafísica y fin de los metarrelatos". *Nómadas*. No. 29. Revista Crítica de Ciencias Sociales y jurídicas. EMUI Euro-Mediterranean University Institute | Universidad Complutense de Madrid | ISSN 1578-6730
- Villegas, M. 1986. *La psicología humanista, historia, concepto y método*. Anuario de Psicología No. 34. Universidad de Barcelona.
- White Ward, O.; Campos Chacón, K. (2004) *El Incesto: Su Perspectiva Histórica y Jurídica*, en Revista Scielo, Costa Rica. Recuperado: abril 2016. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000200005
- Yepes, Ricardo (1993) "La doctrina del acto en Aristóteles"/ Pamplona: EUNSA, D.L. 1993
- Zafiroopoulos, M. (2006) *Lacan y Levi-Strauss o el retorno a Freud*. Buenos Aires: Manantial.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación “Lazos rotos. De la psicología al psicoanálisis en el tratamiento de la violencia sexual”, tiene el interés de desentrañar el enlace de lo individual con lo colectivo –del aspecto psíquico y socio-cultural– en el tratamiento de las diversas manifestaciones sintomáticas derivadas del contexto social. Su objetivo es investigar, a través del análisis de casos clínicos y su contexto, como se enlaza lo íntimo con lo social provocando diversos síntomas derivados de la violencia sexual, del incesto en particular, como expresión de los lazos rotos que afectan la constitución subjetiva y alteran, incluso, lazos de parentesco con consecuencias sociales.

La investigación ha sido realizada a partir de la experiencia clínica con casos de violencia sexual que iniciaron siendo atendidos desde el modelo psicológico en la institución y su paso por el psicoanálisis al continuar su atención en la consulta privada. Se abordan aspectos del tratamiento institucional desde la psicología sobre el problema de la violencia sexual y el paso a la escucha psicoanalítica de sujetos que viven estos eventos que, por su naturaleza traumática, se hace necesario –igual que en cualquier otra causa de sufrimiento–, identificar la posición subjetiva que lo subyace y hacerse cargo de ella. Desde aquí se contribuye a la construcción del saber de lo inconsciente a partir de los casos clínicos que lo sustentan, enlazándose a los aportes teóricos que los explican y que resultan útiles en la formación de los profesionales que atienden este tipo de casos. Este paso ha tenido que cuestionar la supuesta “eficacia” de modelos terapéuticos que tienden sólo a la readaptación funcional de pacientes agredidos sexualmente, así como interrogar la actualidad del psicoanálisis frente al dolor y el sufrimiento de diversos síntomas que se presentan como un apelativo a la verdad que los subyace.

Este trabajo se construye desde la metáfora del acto de tejer como trasfondo del recorrido: el contexto para tejer (la subjetividad de la época y sus síntomas), el actor y su formación (el tejedor y su oficio), herramientas del oficio (teóricas y conceptuales), metodología (la singularidad del sujeto en relación al Otro) y el acto mismo de tejer (en el caso por caso), que se enlaza con los

momentos del “tiempo lógico del inconsciente”⁴⁸³ con el que Lacan desarrolla la construcción del saber de lo inconsciente y. desde el que se leen los casos de violencia sexual que se presentan: instante de la mirada, tiempo para comprender y momento de concluir, tiempos anudados que en sí mismos, son un presente en el momento en que se dan y en cuyo transcurso intentan tocar algo de la verdad subjetiva cuando hay un deseo de saber.

Se desarrolla principalmente en dos direcciones, la primera que se desliza hacia el cuestionamiento sobre la posición subjetiva de quienes viven estas realidades y; la segunda hacia la pregunta por la posición de quien escucha, su formación e intervención, que condujera a un más allá de la readaptación, hacia el movimiento de la subjetividad desde la raíz de los acontecimientos vividos y las posiciones elegidas. Se exponen las herramientas conceptuales que clarifican los aportes del psicoanálisis en el tratamiento de estos casos y se propone el anudamiento borromeo con los conceptos de trauma, seducción y fantasía, que se originaron en la primera elaboración freudiana sobre el origen de las neurosis y que se presentan como nudos borromeos en los procesos de la violencia sexual, enlazándose con los registros del lenguaje –real, simbólico e imaginario– en la expresión del deseo inconsciente.

Se analiza como en el tratamiento de la violencia sexual se cruzan múltiples discursos que intentan un abordaje interdisciplinar y que a lo más que llegan es a aportes pluridisciplinarios que en ocasiones resultan invasivos para el sujeto que se confía a ellos como solución a sus síntomas. Se considera por ello, la importancia de tejer momentos interdisciplinarios en atención a la subjetividad, donde desde un solo proceso el sujeto pueda acudir a otros discursos sin sentirse invadido por ellos. Esto se concluye a partir de la experiencia de psicólogos y psicoanalistas que trabajan tanto en instituciones –atendiendo este tipo de casos– como en la consulta privada, su formación, su recorrido y su experiencia se exponen en el análisis de su discurso, como fundamento de un abordaje del caso por caso en la atención a la subjetividad comprometida en las experiencias límite que bordean lo traumático, la angustia, lo real.

⁴⁸³ Lacan, J. (1998) “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma” en *Escritos 1*. México: Siglo XXI Editores, p.195.

ABSTRACT

The present research work "Broken ties. From psychology to psychoanalysis in the treatment of sexual violence ", has the interest of unraveling the link between the individual and the collective –of the psychic and socio-cultural aspect– in the treatment of the various symptomatic manifestations derived from the social context. Its objective is to investigate, through the analysis of clinical cases and its context, how the intimate with the social is linked, provoking diverse symptoms derived from sexual violence, from incest in particular, as an expression of the broken ties that affect the subjective constitution and they even alter ties of kinship with social consequences.

The research has been carried out based on clinical experience with cases of sexual violence that began being addressed from the psychological model in the institution and its passage through psychoanalysis to continue their care in private practice. It addresses aspects of institutional treatment from psychology on the problem of sexual violence and the step to the psychoanalytic listening of subjects who live these events that –due to its traumatic nature–, is necessary, as in any other cause of suffering, identify the subjective position that underlies it and take charge of it. From here contributes to the construction of the knowledge of the unconscious from the clinical cases that support it, linking to the theoretical contributions that explain them and that are useful in the training of professionals who attend this type of case. This step has had to question the supposed "effectiveness" of therapeutic models that tend only to the functional readjustment of sexually assaulted patients, as well as to interrogate the actuality of psychoanalysis against the pain and suffering of various symptoms that appear as an appellate to the true that underlies them.

It is constructed from the metaphor of the act of weaving as a background of the journey: the context to weave (the subjectivity of the time and its symptoms), the actor and his training (the weaver and his craft), tools of the trade (theoretical and conceptual) , methodology (the singularity of the subject in relation to the Other) and the very act of weaving (in the case by case), which is linked to the moments of the "logical time of the unconscious" with which Lacan develops the construction of the knowledge of the unconscious and. from which the cases of

sexual violence that are presented are read: instant of the glance, time to understand and time to conclude, knotted times that in themselves, are present when they occur and in the course of which they try to touch. Some of the subjective truth when there is a desire to know.

It develops mainly in two directions, the first one that slides towards the questioning about the subjective position of those who live these realities and; the second one towards the question about the position of the listener, their training and intervention, which would lead to a beyond the readaptation, towards the movement of subjectivity from the root of the lived events and the chosen positions.

The conceptual tools that clarify the contributions of psychoanalysis in the treatment of these cases are exposed and Borromean knotting is proposed with the concepts of trauma, seduction and fantasy, which originated in the first Freudian elaboration on the origin of neuroses and that they present as borromean knots in the processes of sexual violence, linking with the registers of the –real, symbolic and imaginary– language in the expression of unconscious desire.

It is analyzed how in the treatment of sexual violence multiple discourses are crossed that try an interdisciplinary approach, and that the most that arrive is to multidisciplinary contributions that sometimes are invasive for the subject that is entrusted to them as a solution to their symptoms. Therefore, the importance of weaving interdisciplinary moments in attention to subjectivity is considered, where from a single process the subject can go to other discourses without feeling invaded by them. This is concluded from the experience of psychologists and psychoanalysts who work both in institutions treating this type of cases and in private consultation, their training, their journey and their experience are exposed in the analysis of their discourse, as the foundation of a case-by-case approach in the attention to the subjectivity compromised in the borderline experiences bordering on the traumatic, the anguish, the real.